



TITLE:

排膿後死腔を遺殘セル儘ニテ治癒 セシメタル各種膿胸：附 膿胸ノ新 治療方針

AUTHOR(S):

廣瀬, 研之

CITATION:

廣瀬, 研之. 排膿後死腔を遺殘セル儘ニテ治癒セシメタル各種膿胸：附
膿胸ノ新治療方針. 日本外科宝函 1929, 6(2): 448-477

ISSUE DATE:

1929-03-20

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/200356>

RIGHT:

排膿後死腔ヲ遺殘セル儘ニテ治癒セシメタル各種膿胸

附 膿胸ノ新治療方針

Zur Heilung von Pyothorax bei zurückgelassener Empyemresthöhle für
die ideale Restitutio ad integrum. Ein neues Prinzip für
die Behandlung von Empyema thoracis.

Von Dr. K. HIROSE.

(Aus der I. chir. Klinik der Kais. Universität Kyoto. (Prof. Dr. R. Torikata))

京都帝國大學醫學部外科學研究室(島瀧教授指導)

大學院學生 醫學士 廣瀬 研之

目次

- 一、緒言
- 二、治驗例
- 三、所見概括
- 四、治癒直後ニ於ケル膿胸遺殘死腔ニ就テ
- 五、考察

六、提要

主要文献
歐文自抄
附圖說明
附圖

一、緒言

本論文要旨ハ「膿胸ノ治療方針」ノ題下ニ昭和三年四月第二十九回日本外科學會ニ於テ發表セリ。

胸腔外科殊ニ膿胸ノ治療ハ既ニ遠ク Hippocrates ノ時代ヨリ實行セラレシ處ニシテ、Hippocrates 及ビ Aletandri
胸部ノ後面且ツ可及の下方ニ刀又ハ灼熱鐵ヲ以テ穿刺排膿ヲ行ヒ、麻絲ニテ一種ノ導膿ヲ試ミタルノミナラズ、後者ハ肋

骨切除ヲモ行ヒテ瘻孔ノ早期閉鎖ヲ防ギタリ。爾來膿胸ノ治療ハ多數學者ニヨリ幾多ノ方法手段考究セラレシモ、要スルニソノ方針ハ之ヲ二大別シ得ベシ、即チ一ハ單ニ注射針或ハ套管針ヲ用ヒ穿刺排膿ニ依リテ之ヲ治癒セシメントシ、他ハ純外科的ニ刀ヲ取り穿孔開胸シ排膿ヲ計ラントスルモノナリ。コノ二方針ニ種々ナル治療方法ヲ合併シ、或ハ肋膜腔ヲ諸種ノ藥液ヲ以テ洗滌シ、或ハ種々ナル吸引裝置ヲ一時的又ハ永續的ニ施シ (Potain, Rivillod, Buleau, Perthes etc.)、或ハ異壓裝置ノ下ニ手術及ビ後處置ヲ行ヒ (Kuttner, Sauerbruch etc.)、或ハ開胸ヲナスモ其ノ創口ノ大小ヲ論ズル (Isolin, Ritter, Hartert etc.)、等掲ゲテ數フベカラザルナリ。

斯クノ如ク穿刺ト開胸トノ二方針對立シテ兩々相下ラズ論爭止ム事無キハ、開胸術ガ種々ナル生命上ノ危險尠少ナラザルニ由ルモ、實ニ開胸後時トシテ死腔ヲ遺シ瘻孔ハ容易ニ閉鎖セズ、ソノ治癒機轉ノ遷延ノ爲ニ終ニ體力ノ衰退又ハ併發症ヲ來シ、不幸ノ轉歸ヲ取ルモノアルコト其ノ主要ナル一原因タラズンバ非ズ。

然ラバ從來陳舊性膿胸ハ如何ニシテ治癒ヲ企テシカ、之ヲ文獻ニ徵スルニ大凡下ノ如シ。

陳舊性膿胸ノ瘻孔ノ附近一、二ノ肋骨ノ切除ヲ行ヒシモノニ Walter (一八五七年) Roser (一八六五年) 等アレドモ、始メテ胸壁ノ一部切除ヲ行ヒ死腔ノ治癒ヲ計リシハ Simon 及 Kistner ニシテ即チ Simon ハ一八六九年開胸四ヶ月後ノ患者ニ排膿ト瘻孔ノ早期閉鎖防止ノタメニ腔洞上ノ肋骨及ビ肋膜ヲ包含スル軟部組織ノ一部ヲ切除シ以テ死腔ヲ無クスル事ニ成功セリ。其ノ後此胸壁ノ一部切除ハ Perthes, Hartert, Nordmann, Hänel 等ノ如キ吸引裝置ヲ用ヒ絶エズ肺表面ニ陰壓ヲ加ヘ、Sauerbruch ノ如ク異壓裝置ヲ繃帶交換時ニ應用シ、Vogel ノ如ク瘻孔ヨリ空氣ノ進入ヲ防ギツ、深呼吸ヲ行ハシムル等可及的肺ノ膨張ニヨリテ腔洞ノ縮小ヲ來サシメタルモノニ施行シ好結果ヲ收メタルモノ尠ナカラズ然レドモ斯カル方法ハ腔洞全胸ニ亘リ、且ツ肋膜肥厚高度ナルガ如キモノニハ到底充分ノ効果ヲ期シ得ベカラザルハ多數學者ノ既ニ經驗セシ處ナリ。

然シテ斯クノ如ク腔洞廣大ナルモノニ對シ、一八七八年 Schöde ハ肋膜ノ癰痕性肥厚ハ胸壁ノ不動、從ツテ之ト肺臟ト

ノ接着困難ナル原因ナリトシ、腔洞ノ全域ニ亘リ廣ク肋骨及ビ肋膜ヲ切除シ、一八七九年 *Estlander* ハ肋骨弓ガ胸側壁ノ陷沒ヲ障害スルモノトナシ、之ト肋骨トノ聯絡ヲ中絶シ以テ胸壁ノ不動ヲ除去スルタメニ腔洞上ノ多數ノ肋骨ヲ肋膜外ニ切除シ、肥厚セル肋膜ハソノ儘ニ移動性トナラシメ腔洞ノ荒蕪ヲ計レリ。多クノ學者此ノ方法ニ賛同セルモ其ノ原法殊ニ前者ノ方法ハ患者ニ對スル侵襲甚大ナルガタメニ手術ヲ數回ニ分割施行シ、或ハソノ範圍ヲ可及的狹小ナラシムル等種々ノ變法ヲ考案セリ。(Helferich, Suleck, Wagner, Jaboulay, Beck, Tietze, Sauerbruch etc.) 然ノミナラズ *Schlede* ノ方法ノ大ナル危險ヲ顧慮シ切除ノ範圍ヲ可及的制限シ、爲ニ遺殘スル死腔殊ニ胸廓上部ノ腔洞ヲ消滅セシメンガ爲ニ *Melchior*, *Brunzel*, *Ritter* ハ剝離セル肋骨肋膜ヲ、*Hucker*, *Graefel* ハ肥厚肋膜ト共ニ肋間筋及ビ肋骨骨膜ヲ、*Vilakovich*, *Kirschner* ハ胸廓ノ筋肉瓣ヲ以テ此ノ腔洞ヲ充填シ、其ノ消滅ニ成功セルヲ報告セリ。

然ルニ一八八八年 *DeJorme* ハ萎縮セル肺臟ノ膨張ヲ容易ナラシメ、以テ死腔ノ消失ヲ計ラントシ其ノ表面ノ癰痕性被膜ヲ剝離切除セリ。*Kimmell* ノ如ク之ヲ推賞スル學者アルモ *Schlede* ノ方法ニ比シ寧ロ侵襲甚シキガ爲、種々ナル偶發症ニ遭遇シ之ニ反對スル學者亦尠ナカラズ (*Rehn*, *Barth*, *Sauerbruch*)。

從來陳舊性膿胸ノ治療ニ對シテハ今日ニ至ル迄前記二方法ヲ繼承スルニ止マリ此等ノ手術方法ヲ多少改變セルモノアルニ過ギザリキ。一九〇八年 *Beck* ハ次硝酸蒼鉛泥ヲ腔洞内ニ注射シ、*Bark* (一九一七年) ハ腔洞ヲデーキン氏液ニテ洗滌シ分泌物ガ三回ノ細菌の検査ニヨリテ無菌ナルヲ確カメタル後炭酸蒼鉛泥ヲ以テ充填シ、*Neuhäuser* (一九一八年) ハ腸線網ヲ腔洞内ニ挿入シ各々其ノ治癒ニ成功セルヲ報告セルガ如キモ、死腔ヲ無クスルコトヲ以テ唯一ノ目的トスル舊套ヨリ一步モ脱スルヲ得ザリシナリ。

然ルニ鳥瀉教授ハ多年從來ノ *Schlede* 及ビ *DeJorme* ノ手術方法ガ每常必ズシモ確實ニ其ノ目的ヲ達シ得ザルヲ慨シ、腔洞ノ内面ヲ無菌ナラシムル時ハ陳舊性膿胸ト雖モ死腔遺殘ノ儘治癒セシメ得ベキヲ確證シ、組織中ニ介在スル無菌的死腔ハ忌ムベキニ非ズトナシ大正十三年伊藤肇博士ヲシテ始メテ世ニ發表セシメタリ。

余ハ茲ニ伊藤及ビ林發表以來ノ同一治驗例ヲ蒐集シ且ツ其ノ遠隔成績ヲ明カニシ、以テ本治療方針ノ眞價ニ就キ學者ノ示教ヲ仰ガントスルモノナリ。

二、治 驗 例

余ノ蒐集症例中第一例ハ伊藤肇氏、第三例ハ林茂氏ガ發表セシモノニシテ、他ノ症例ハ未發表ニ屬スルモノナリ。

第一例、山本某、男、二十二歳、無職

入院大正十年七月四日、退院大正十二年十月八日

「遺傳的關係」 特ニ記スベキモノナシ。

「既往症」 生來健康ニシテ曾テ著患ヲ知ラズ。花柳病ヲ知ラズ。

「主訴」 本年(大正十年)一月頃ヨリ時々全身疲勞感、四月上旬ヨリ咳嗽咯痰、次デ呼吸困難ヲ訴ヘ時ニ惡感アリ、四月上旬ヨリ食事ニ關係ナク心窩部ヨリ左側腹ニ亘リ鈍痛ヲ感ズル事アリ、四月十八日左側濕性肋膜炎及ビ肺炎「カタル」ノ診斷ノ下ニ京都帝大附屬醫院内科ニ入院治療ヲ受ケシモ輕快セズシテ次第ニ羸瘦シ、六月上旬ヨリハ攝氏三十九度前後ノ弛張熱アリ、今日尙左胸ノ鈍痛咳嗽咯痰ヲ訴ヘ二十日程前ヨリ腹部ハ全體トシテ緊張膨隆シ輕度ノ壓痛アリトイフ。食慾不振。

「現症」 體格中等、榮養不良、皮膚蒼白ナレドモ濕潤セリ、脈搏中等大ニシテ緊張稍々弱ク整正一分間一〇八ヲ算ス。頭部形狀尋常毛髮ニ異常ナシ、顏貌左右均等苦悶狀ヲ呈ス。眼、耳、鼻ニ異常ナク、又扁桃腺腫大ヲ見ズ、兩側頸部、兩腋窩及ビ鼠蹊部ニ豌豆大且ツ硬固ノ淋巴腺各々二三ヲ觸ル、腹壁稍々膨隆シ且ツ緊張セリ、肝腎脾ヲ觸レズ、四肢ニ知覺及ビ運動障害ヲ認メズ且ツ腱反射尋常ナリ、尿ハ「デアチオ」反應弱陽性ナル他異常ナシ。

「局部所見」 胸廓ノ周圍ハ鋭尖突起ノ高サニ於テ右半三十四糎、左半三十九糎ニシテ左半ハ全般ニ亘リ膨大セリ。呼吸ニヨル胸廓開縮ハ左ハ右ニ比シ小ナリ、左肺ハ打診上前面ハ輕ク濁シ、聽診上鎖骨上窩呼吸延長銳利ニシテ下方ハ呼吸音甚ダ微弱且ツ僅少ノ摩擦音及ビ水泡音ヲ聽ク、後面ハ打診上上

部輕濁シ中央ヨリ以下全濁ス、聽診上上部呼吸音微弱、下部全ク聽取セズ、聲音震顫減弱セリ。右肺ハ打診上輕キ抵抗ヲ感ズルノミテ他ニ異常ヲ認メズ。

心臟濁音界ハ右方ニ推移シ、心音正純ナリ。

「經過」 大正十年七月六日第一回手術、左正中腋窩線上ニテ第八肋骨ノ上方ニ皮膚切開ヲ加ヘ帶黃灰白色ノ膿ヲ排出ス。第八肋骨ノ下方ヨリ肋膜腔ニ至ル瘻管アリ、第八肋骨ヲ約二・五糎、膿腔ノ基底ニ相當スル第十一肋骨約二・〇糎ヲ切除シ對孔ヲ作り之レニ排膿管ヲ挿入ス。

爾後三十八度五分位迄ノ弛張熱持續ス。八月一日ヨリ隔日ニ殺菌生理的食鹽水ニテ洗滌ヲナスモ分泌量多クシテ治癒ノ傾向少ナシ。然レドモ八月三十日ヨリ體溫下降シ平溫トナル。

十月十日第二回手術、左腋窩線ニ於テ第一回手術時ノ上下瘻孔間ニ切開ヲ加ヘ、第八、第九、第十、第十一肋骨ヲ各々三・〇糎宛切除シ且ツ上記二瘻孔間ヲ消息子ノ誘導ノ下ニ切開、瘻孔口ノ肉芽組織ヲ搔爬シ「ガーゼタンポン」ヲ行フ。

其ノ後體溫尋常、十月十九日ヨリ再ビ生理的食鹽水ニヨル膿腔内腔洗滌ヲ施行ス、然レドモ腔洞縮小ノ傾向ナシ。十二月十六日膀胱鏡ニヨリ腔内検査ヲナスニ異物ヲ認メズ。二月六日再ビ腔内検査ヲナスニ腔腔前回ヨリモ稍々縮小シ内壁平滑ナルモ膿樣ノ苔アリ。

大正十一年三月十一日「レントゲン」線検査、腔洞ハ前方ヨリ見テ第五肋骨ノ高サニ尖端ヲ内方ニ向ケタル「ビラミット」形ヲナシ、肺トノ境界ハ一條ノ

生第八肋骨ヲ癰痕ト共ニ切除シ皮膚ハ縫合閉鎖セリ。

十月四日「レントゲン」線検査、七月十九日ノ検査ノ際證明シ得クリシ腔洞ヲ認メズ、然レドモ略々乳線ニ一致シ濃厚肥厚線ヲ劃シテ殆ンド左胸半部ヲ占ムル肥厚陰影ヲ認ム。(附圖第二圖参照)

テ打診上後下部ハ抵抗ヲ感ズルモ呼吸音正常ナリ。手術創ハ全ク治癒シ癰痕瘰癧ヲ殘スノミ。自覺症狀ヲ訴ヘズ。

「遠隔成績」昭和二年四月調査、住居移轉ノ爲不明、然シ大正十五年四月頃著者ノ知人患者ニ會セシ時、退院後異狀無ク壯健ニ業務ニ從事シツ、アリト告ゲラレタリト言フ。

第二例、神鳥某、男、四十九歲、吳服商

入院大正十二年十一月廿日、退院大正十三年五月十四日

が脱毛、嘔聲ハ無カリシト言フ。三十歳及び四十歳時淋疾、四十八歳ノ時肺炎ヲ疾ム、麻疹、經過種痘二回。

「主訴」 昨年(大正十一年)三月十二日頃ヨリ感冒ニ罹リ咳嗽甚シク且ツ攝
氏三十八度ノ熱發アリ、肺炎ノ診斷ノ下ニ醫治ヲ受ケシモ輕快セズ、四月中

旬頃右側濕性肋膜炎併發セリト告ケラレ、五月四日他醫ニ穿刺ヲ受ケ液ガ膿性ナルヲ證明セラレタリ。同月十二日某公立病院ニテ開胸術ヲ受ケ、爾後排膿管ヲ挿入處置セラレツ、アルモ分泌液瀝溜スル時ハ三十八度前後ノ熱發ヲ來ストイフ。食慾良好。

「現症」體格大、筋肉及皮下脂肪組織ノ發育良好、皮膚粘膜蒼白ナラズ且ツ乾燥セズ、脈搏整正中等度緊張、頭部、顔面、眼、耳、鼻ニ異常ナシ、齒芽ノ大半ハ脱落セリ、兩側頸部ニ數個ノ豌豆大淋巴腺ヲ觸ル、腹部異常ナク、肝腎脾ヲ觸レズ、四肢異常ナク、尿ニ病變ナシ。

九月十四日癰痕性陷没ヲ治スル爲、第六及ビ第七肋骨略々五・〇糧宛及ビ新

「局部所見」 胸廓左右著シク不均等ニシテ右胸ハ甚シク扁平且ツ短縮セリ
右上下鎖骨高ハ著シク陷沒シ、胸骨ハ左方へ凸面ヲ向ケ彎曲シ、脊柱モ亦左
方ニ彎曲セリ、呼吸閉縮右ハ甚ダ小ナリ。

打診上右胸前面ハ乳線ヨリ内方鼓濁音ニシテ夫レヨリ外方ハ殆ンド全濁
ス、後面ハ肩胛骨ヨリ内方鼓濁音ヲ呈ス、聽診上鼓濁音部ハ呼吸音微弱且ツ粗
ナリ、全濁音部ハ呼吸音ヲ聽取セズ。聲音震顫甚ダ微弱ナリ。右胸側ニ第七
肋骨ノ走行ニ沿ヒ長サ七・〇釐ノ瘰癧痕アリテ其ノ中央ニ周圍ヲ肉芽組織ニテ
包マレタル細長キ組織缺損部アリ、中央瘰癧孔ヨリ稀薄膿ヲ排出セリ。周圍ハ
濕潤セザルモ陷沒甚シ、消息子ヲ挿入スルニ内上方ニ進ミ容易ニ出血ノ傾向
ヲ示ス。

「経過」十一月廿四日「レントゲン」線透視ノ下ニ瘰癧孔ヨリ消息子ヲ入ル、
ニ上方へ第三肋骨ノ高サ迄達シ腔洞ハ圓壙狀ヲナス。

入院以來體溫三十七度以下ヲ持續ス、處置トシテ唯無菌的綁帶交換ヲ施行
シ、可及的創口ノ周圍ヲ清淨ニ保持ス、且ツ十二月一日培養ニヨリ得シ白色
葡萄狀球菌ノ煮沸免疫元五・〇珣宛二日間皮下ニ注射セシ後、三日ヨリ隔日ニ
〇・二五珣靜脈内ニ注射シ次第第二增量シテ十二月二十五日〇・六珣ニ達セシメ
其後〇・五珣ヲ繼續ス、十二月四日、十二月十六日、十二月廿一日、大正十三
年一月廿六日ノ四回排膿管除去ヲ試シシモ、常ニ熱感分泌物積溜感ノ下ニ三
十八度乃至三十九度ノ發熱ヲ來セシ故再ビ排膿管ヲ挿入セリ。一月廿九日右
胸側壁全濁シ呼吸音微弱ニシテ小水泡音ヲ聽ク。

二月十九日自覺的積溜感甚シキ爲ニ瘰癧孔ヲ擴大セシニ多量ノ膿排出アリ。
其ノ後排膿著シク減少ス。

三月五日五度排膿管ヲ除去セシモ三十八度七分ノ發熱アリ。三月十日瘰癧孔
縮小シ來レル爲再ビ之ヲ擴大セリ。十四日排膿管ヲ除去セシニ發熱無ク自覺
症狀ヲ缺如ス。十六日分泌物ヨリ培養セシモ細菌發育セズ、數日ニテ瘰癧孔閉
鎖セリ。

四月廿八日局所瘰癧ノ陷沒著シキヲ以テコレヲ摘出し且ツソノ底ニ存スル
鉛筆大ノ索狀物(以前ノ瘰癧管)ノ一部ヲモ同時ニ切除シ皮膚ハ全部縫合閉鎖セ
リ。

五月六日「レントゲン」線検査、副乳線内方ニ肥厚割線ヲ有スル上下兩端細
長ノ腔洞アリテ上方第二肋間腔ヨリ下方第五肋骨ニ達ス。(附圖第三圖参照)
五月十五日「退院時所見」 右側胸ノ手術創ハ第一次治癒ヲ營メルモ稍々陷
沒セリ。波動壓痛無シ、右肺ハ側部ニ於テ打診上抵抗アリ且ツ呼吸音微弱ナ
ル他病的音ヲ聽カズ。

「遠隔成績」昭和二年四月十日調査、退院後三ヶ年間殆ンド無病ニ經過シ
三四回風邪ノ氣味アリシニ過ギズ、全ク健康ニ業務ニ従事スト言フ。

昭和三年四月十三日再來検査、胸廓右側ハ左ニ比シ稍々扁平ニシテ且ツ呼
吸閉縮左ニ比シテ小ナリ。略々第七肋骨部ニ其ノ走行ニ沿ヒ線狀手術瘰癧痕ア
リ、此ノ部ノ皮膚ハ下層ト癒着シ居ラズシテ良ク移動ス、瘰癧ノ下ニ再生セ
ラレタル不規則ノ大ナル骨組織ヲ觸知ス。打診上右胸ハ前後面共ニ稍々抵抗
ヲ感ジ殊ニ手術瘰癧痕部ニ於テ著明ナリ。呼吸音左ニ比シ微弱ニシテ瘰癧痕部附
近ニ時々摩擦音ヲ聽ク、自覺症狀ヲ缺如ス。

「レントゲン」線検査、退院時(約四ヶ年前)證明シ得タリシ右胸腔洞ハ全ク
消失シ全部健康肺ニテ充填セラル、橫膈肋骨竇ノ存在ハ癒着ノ爲甚ダ鮮明ヲ
缺ギ、且ツ橫膈膜ハ吸氣時周邊ニ於テ上方ニ特ニ突出セル彎曲ヲ示セリ。(附
圖第四圖参照)

第三例、南某、男、十七歲、漁魚仲賣商店員

入院大正十四年二月廿七日、退院大正十四年五月五日(體溫表參照)

「遺傳的關係」 特記スベキモノナシ。

「既往症」 麻疹ハ五歲ノ時經過シ種痘一回、生來健康ナリシガ十六歲(大
正十三年六月頃)ノ時左側濕性肋膜炎ヲ患ヒ、約一ヶ月ニテ治癒セリト言フ。

「主訴」 本年(大正十四年)一月十五日頃ヨリ惡感發熱右胸側ノ刺痛ヲ訴ヘ

肋膜炎及び肺炎ノ診斷ノ下ニ醫治ヲ受ケ、二月初メ穿刺ノ結果液ハ膿性ナルヲ告ゲラレタリ。其ノ後内科的治療ヲ繼續シ約二週間前ヨリ體溫平常ニ復ス。呼吸困難、盜汗等無キモ僅カノ咳嗽及び喀痰アリト言フ。食慾稍々不振。

「現症」體格中等大、筋肉及び皮下脂肪組織發育不良ナリ。皮膚蒼白ナレドモ緊張及び濕度尋常、脈搏整正ニシテ緊張良、頭部、顔面、眼、鼻、耳ニ異常無ク、扁桃腺兩側共ニ僅カニ發赤セリ。頸部細長ニシテ多數ノ小淋巴腺ヲ觸知ス。腹部稍々陷沒セルモ異常ナク、肝臟ヲ觸ル、モ硬度及び表面尋常ナリ。腎脾ヲ觸レズ。脊柱及び上下肢ニ異常ヲ認メズ且ツ尿ニ病變ヲ認メザリキ。

「局部所見」胸腔左右均等、呼吸閉縮ノ差ヲ認メズ、呼吸安靜ナリ。右胸前面ハ全濁シ呼吸音微弱ニシテ至ル處小水泡音ヲ聽取ス。後面モ亦タ濁シ甚ダ微弱ナルモ呼吸音ヲ聽ク。肺肝境界不明、左胸ノ所見尋常ナリ。

心臓濁音界尋常、心音正純。

試驗穿刺ニヨリ帶黃灰白色稀薄ナル膿ヲ得、培養ニヨリ病原菌ヲ立證セズ且ツ喀痰染色試驗ニヨリ結核菌ヲ證明スルヲ得ザリキ。

「經過」入院後胸部ニ溫濕布ヲ施シ、三月二日穿刺ニヨリ約一五〇〇ㇼノ帶黃綠灰白色稀薄ノ膿ヲ、三日再び同様ナル膿四〇〇〇ㇼヲ排除ス、右胸前面上部ハ打診上清音ヲ呈スルニ至ル、然ルニ三月七日ヨリ惡感頭痛ヲ以テ攝氏三十九度迄ノ弛張熱ヲ發ス。

三月九日手術、右腋窩線上ニテ第七肋骨ニ沿ヒ皮切ヲ加ヘ第七肋骨約一八〇ㇼ切除シ、肋膜腔ヲ開キテ稀薄帶黃灰白色ノ膿約七〇〇〇ㇼヲ排除セリ、腔内ヲ檢スルニ肋膜ハ一般ニ肥厚シ表面甚ダ粗糙ニシテ特ニ橫隔膜且ツ肺臟被膜ノ肥厚著シク數個ノ指頭大ノ嚢入存在ス。腔ノ内壁ヲ出血スル程度迄搔爬シ、生理的食鹽水ニテ洗滌シ且ツ食鹽水綿紗ニテ摩擦清拭シ、肋膜、筋肉皮膚ノ三層縫合ニヨリ全ク創口ヲ閉鎖セリ。

手術後體溫平常ニ復セシニ、三月十三日突然惡感ヲ以テ發熱三十九度ニ及

ビ、咳嗽喀痰ヲ伴フ、右肺ノ呼吸音粗且ツ銳ニシテ前面及び側面ニ有膿性中等度水泡音ヲ聽ク、試驗穿刺ヲ行フモ液ヲ吸出スル能ハズ、十六日喀痰中ニ血絲ヲ混ジタリ。十八日拔糸セシニ創ノ一部稍々化膿ノ徵候ヲ認メシヲ以テ開放スルニ血膿性ノ液ヲ出セリ。排膿管ヲ挿入ス。

爾後次第ニ體溫下降シ且ツ分泌物減少セシガ故ニ四月五日排膿管ヲ除去ス右肺下部ハ前後兩面共ニ濁スルモ微弱ナル呼吸音ヲ聽取ス。

然ルニ四月十三日再び惡寒ヲ以テ發熱シ、左肺前後下面下部ニ多數ノ水泡音ヲ聽キ、十七日右肺ニモ所在中等度水泡音ヲ多數ニ聽取ス。試驗穿刺ヲナスモ液ヲ吸出スル能ハズ。然レドモ手術創ノ上端ハ炎症ノ徵ヲ示シ來レルヲ以テ之ヲ開放シ帶黃濃厚ノ膿約四〇〇〇ㇼヲ排除シ排膿管ヲ挿入セリ。爾後無菌的處置ヲ續行シタルニ分泌物ハ次第ニ減量シ來レルニヨリ、四月廿日排膿管ヲ除去セシモ體溫及び自覺的ニ何等ノ變化ナク、二十四日瘻孔ハ自ラ閉鎖セリ、四月廿四日試ミニ穿刺ヲナスモ液ヲ吸出セズ。

五月五日「レントゲン線検査、右乳線ノ外方ニ肺トノ肥厚創線ヲ有シ、上端肺炎ニ下端第五肋骨ニ達スル甚ダ狹長ナル腔洞ヲ認ム。(附圖第五圖參照)」等ニシテ右胸ハ扁平且ツ呼吸閉縮度小ナリ、右胸側ニ第七肋骨ノ走行ニ沿ヒ二〇〇ㇼノ瘻痕アルモ創ハ全ク治癒シ肉芽面及び瘻孔等無シ。

左肺尋常、右肺ハ打診上前面鼓音、後下面鼓音ヲ早ス、聽診上前面ハ正常呼吸音ヲ聽ケドモ後面ハ呼吸音微弱ナリ、他ニ病的音ヲ聽カズ。大正十四年五月二十六日再度「レントゲン線検査、副乳線ノ外方ニ肺トノ肥厚創線ヲ有スル前面ヨリ縮小シ且ツ甚ダ不鮮明ナル腔洞ヲ認ム。(附圖第六圖參照)」

「遠隔成績」昭和二年四月調査、退院ノ翌大正十五年秋結核性痔瘻ニテ斃レタリト言フ。

入院大正十四年五月五日、退院大正十四年六月十日(體溫表參照)

「遺傳的關係」 特記スベキモノナシ。

「既往症」 生來健康ニシテ著患ヲ知ラズ。

「主訴」 本年(大正十四年)三月十九日何等ノ誘因ナクシテ惡感高熱ヲ以テ頭痛、全身倦怠感、食慾不振、呼吸困難、咳嗽、喀痰ヲ來シ、四日間譫妄狀態ヲ呈ス、一週間後解利シ一般狀態稍々良好トナリシモ右胸側ニ激シキ刺痛ヲ感ジ特ニ咳嗽時甚シ、四月十五日三回純膿性ノ多量ノ喀痰ヲ排出セリ、四月廿五日試験的胸腔穿刺ニヨリ膿ヲ證ス、四月廿九日京都帝大附屬醫院内科ニ入院後四回穿刺排膿ヲ受ケ症狀輕快セリ。食慾良好。

「現症」 體溫中等、榮養普通、皮膚及ビ粘膜蒼白ナラズ、脈搏整正迅速、一分間九〇ヲ算シ緊張少シク微弱ナリ。頭部、顔面、眼、耳、鼻ニ異常ナク、舌ハ乾燥シ褐色ノ厚苔ヲ有ス、扁桃腺ノ肥大ナシ、頸部ハ兩側共ニ二三ノ豌豆大ノ淋巴腺ヲ觸ル、腹部異常ナク肝腎脾ヲ觸レズ。四肢異常ナク、尿ニ病變ヲ認メズ。

「局部所見」 胸廓左右均等ニシテ呼吸安靜ナリ。呼吸開縮右側ハ少シク小ニシテ緩徐ナリ。心臟濁音界尋常、心音正純ナルモ心悸稍々尤進セリ。

右胸ハ打診上前面ハ第五肋骨以下、側部ハ第五肋間腔以下、後面ハ肩胛骨下角二横指以下全濁シ、聽診上右肩胛骨間部ニ僅少ノ捻髮音ヲ聽クノ他濁音部ニ呼吸音ヲ聽取セズ且ツ聲音震顫弱如ス、左肺ニ異常ヲ認メズ。

試験的穿刺ニヨリ黄褐色ノ稀薄膿ヲ得、培養ニヨリグラム陽性雙球菌ヲ證明ス。

「經過」 五月七日手術、後腋窩線上ニテ第七肋骨ニ沿ヒ皮切ヲ加ヘ第七肋骨長サ七〇釐切除シ肋膜腔ヲ開キ稀薄黄灰色膿六〇〇・〇ccヲ排出セシ後、千倍「リパノール」液ニテ腔内ヲ洗滌シ、肋膜面上ノ纖維素膜ヲ輕ク搔爬シ、肥厚セル肋膜ヲ腸腺ニテ、筋肉皮膚ヲ絹絲ニテ縫合閉鎖セリ。腔ノ容積約五〇〇・〇ccニシテ消息子ニテ計ルニ前方一二・〇釐、上方一五・〇釐、下方

數釐ナリ。

術後三十八度迄ノ弛張熱ヲ有スルモ自覺症狀輕快シ且ツ日ヲ經ルニ從ヒ體溫下降セリ。然ルニ五月十日ヨリ咳嗽刺戟アリ、十三日特ニ劇烈ニシテ血膿性ノ喀痰ヲ出シ且ツ惡感ヲ伴ヒ體溫三十八度八分、胸部至ル處ニ聽診上呻吟音ヲ聽ク、仍リテ手術創一部開放シ排膿管ヲ挿入セリ。五月十九日培養ニヨリ葡萄狀球菌ヲ立證ス。

其ノ後無菌的處置ヲ行ヒ創口ヨリノ分泌殆ンド消失スルニ至レルヲ以テ、五月二十五日排膿管ヲ除去セシニ二十八日瘻孔ハ肉芽組織ニテ充填セラレ自ラ閉鎖セリ。

六月四日「レントゲン」線検査、第五肋骨ノ高サニ相當シテ底面ヲ有スル略々直角三角形ノ腔洞存シ、上方第三肋骨ニ達ス。大サ大人手拳大、底面下方ノ手術創附近ニハ一般ニ強キ陰影ヲ認ム。(附圖第七圖參照)

六月十日「退院時所見」 右胸側後方ニ第七肋骨ノ走行ニ沿ヒ約八・〇釐ノ手術瘻痕アリテ其ノ中央一部ニ存スル肉芽面モ表皮ニテ被ハレツ、アリ。瘻孔ナシ。

右肺前面ハ呼吸音尋常、後下面ハ打診上濁シ且ツ聲音震顫弱ク、呼吸音ヲ聽クモ甚ダ微弱ナリ。

「遠隔成績」 昭和二年四月十日調査、退院後全ク健康ニシテ著患ニ罹リシコトナク且ツ局所ノ自他覺的症狀ヲ起セシコトナク業務ニ從事スト言フ。

昭和三年三月五日再來検査、榮養良好ナル男子、胸廓右ハ左ニ比シ稍々扁平ニシテ呼吸開縮小ナリ。右後腋窩線上ニテ略々第七肋間腔ニ沿ヒ約八・〇釐ノ手術瘻痕アリ。皮膚ハ下層ト癒着セズシテ良ク移動ス、第七肋骨部ニ不規則ニ再生セル骨組織ヲ觸知ス、左肺異常ナク、右肺ハ前後面共ニ打診上輕濁シ殊ニ手術瘻痕部附近ニ著明ナリ、聽診上呼吸音微弱ニシテ殊ニ右後下部ノ瘻痕下部ニテハ全ク聽取セズ且ツ至ル處吹笛音ヲ聽ク、自覺的ニ全ク異常ヲ訴ヘズ。

「レントゲン」線検査、退院時(約二年九ヶ月前)存在セシ、腔洞ハ全ク消失シ、全部肺ニテ充填セラ、横隔膜竇ハ殆ンド消失シ横隔膜ハ周邊ニ於ケル癒着ノ爲正常曲線ヲ失ヒ稍々水平線ヲ成セリ。(附圖第八圖参照)

第五例、木下某、男、十七歳、友仙業

入院大正十五年六月二日、退院大正十五年七月二十七日(體溫表参照)

「遺傳的關係」 特記スベキモノナシ。

「既往症」 生來健康ニシテ著患ヲ知ラズ。麻疹經過、種痘二回。

「主訴」 本年(大正十五年)四月十五日夜半突然惡寒發熱頭痛ヲ來シ、廿五日頃ヨリ咳嗽喀痰劇烈トナリ左胸側ニ疼痛ヲ感ジ呼吸困難心悸昂進加ハレリ、其後次第ニ咳嗽喀痰ハ輕快セシモ呼吸困難心悸昂進ハ其度ヲ増加シ、試験穿刺ニヨリ膿ヲ吸出セリトイフ。食慾不振。

「現症」 體格中等、筋肉及皮下脂肪組織ノ發育不良、皮膚蒼白乾燥、脈搏一分間約一二〇、整正緊張良好、頭部顔面眼耳鼻及扁桃腺ニ異常ナク、頸部淋巴腺ノ腫大ヲ觸知セズ、腹部異常ナク、肝腎脾ヲ觸レズ、四肢ニ異常ナク、尿ニ病變ヲ認メズ。

「局部所見」 心臟濁音界右ハ右側胸骨緣ニシテ上及ビ左ハ不明、心尖搏動ハ第五肋間腔ニテ左乳線ヨリ内方ニ觸レ、第二大動脈音不純且ツ第二肺動脈音昂進ス。

右肺尖ハ打診上抵抗アリテ呼吸延長銳利ナリ。右側面ニ中等水泡音ヲ聽ク、左肺ハ前後面共ニ濁シ第五肋骨以下其ノ度増加セリ。聲音震顫減弱ス、呼吸音微弱且ツ至ル處乾性水泡音ヲ聽ク。

「經過」 六月七日手術、左胸後下部ニテ第八肋骨ノ走行ニ沿ヒ皮切ヲ加ヘ、第八肋骨ヲ一〇・〇浬切除シ、肋膜腔ヲ開キテ濃厚黃灰白色ノ膿二〇〇・〇坵ヲ排除ス。肋膜ハ肺部及ビ肋骨部共ニ肥厚セルモ表面平滑ニシテ肉芽組織ニテ被ハレタル處ヲ見ズ且ツ嚢入部等ヲ認メズ。肺ハ全ク肺門部ニ萎縮セルモノ、如ク之ヲ觸知スル能ハズ、「エーテル」全身麻醉ノ下ニ過壓裝置ヲ用ヒ

十五分間、氣管ヨリ壓ヲ加フルモ肺ノ膨張ヲ見ズ、腔内ヲ二千倍「リパノール」液ニ浸シタル綿紗ニテ輕ク摩擦シ且ツ遺殘液ハ乾燥綿紗ニテ拭キ去リ、創口ハ排膿管ノ挿入口ノミヲ殘シ他ヲ三層ニ縫合閉鎖シ持續的吸引裝置ヲ施シ膿ヲ排除スルコトセリ。培養ニヨリグラム陽性雙球菌ヲ立證ス。

手術後一般狀態良好、分泌物減少シ膿ハ次第ニ漿液性トナル、六月十四日拔糸、創ハ第一次癒合ヲナス。二十六日吸引裝置ヲ中止ス。二十八日排膿管ヲ除去セシニ瘻孔ハ肉芽組織ニヨリ充填セラレ七月一日自ラ閉鎖セリ。

左肺後面下部ハ濁スルモ前面ノ濁音ハ甚ダ減少シ且ツ上部ニハ明カニ呼吸音ヲ聽取シ得。

七月二日「レントゲン」線検査、副乳線ニ相當シ肺ニ對シテ肥厚刺線ヲ有スル狹長ナル圓錐形ノ腔洞アリ。上方肺尖ニ達シ、下方第五肋骨ニ相當ス、此ノ下方ニ特ニ浸出液溜溜ト思ハル、陰影濃厚ナル部アリ、手術創ノ附近一般ニ肥厚著明。(附圖第九圖参照)

七月九日「レントゲン」線検査、同様ナル腔洞存スルモ下方溜溜液陰影部増大ス。七月十二日試験穿刺ヲナスモ液ヲ吸出セズ。七月十八日瘻孔ノ存在シタリシ處ノ肉芽面ハ殆ンド表皮ニテ被ハレ治癒ニ傾ケリ。左肺後面上部ニテ微弱ナル呼吸音ヲ聽取スルニ至ル。

七月廿六日三度「レントゲン」線検査、腔洞ハ稍縮々小セルモ尚ホ液ノ溜溜ヲ認ム。(附圖第十圖参照)

七月廿七日「退院時所見」 左胸側壁ニ略々第八肋骨ニ沿ヒ一五・〇浬ノ第一次治癒ヲ營メル手術痕アリ、其ノ中央部ニ未ダ全ク表皮被覆ノ完成セザル小肉芽面アルモ瘻孔無シ、膿ノ分泌無シ、右肺尋常、左肺ハ上葉前後面共ニ異常無キモ下葉殊ニ後面ハ下方ニ至ルニ從ヒ増加スル濁音ヲ呈シ且ツ呼吸音ヲ聽取セズ、然レドモ自覺的ニ壓迫感呼吸障害ヲ訴ヘズ。左肩胛骨線上ニテ第十肋間腔ニ穿刺ヲ試ミシモ血液ヲ吸出セシノミナリ。

「遠隔成績」 昭和二年四月調査、退院後別ニ變化ナク次第ニ一般狀態良好

トナレリ。唯大正十五年十二月勢動ノ後右胸ニ疼痛ヲ覺エ醫治ニヨリ一週間ニテ治癒セリ、且ツ現今ニテモ少シク強度ニ勢動スル時ハ心悸昂進ヲ訴フルモ局所ニ自他覺的變化ヲ來サズ業務ニ從事スト言フ。

昭和三年三月調査、局部ニ變化ナシト言フ。

第六例、下中某、男、三十歳、農

入院大正十一年三月十六日、退院大正十一年五月十五日

「主訴」大正十年四月右側胸痛全身倦怠感ヲ以テ高熱ヲ發シ、膿胸ノ診斷下ニ數回穿刺排膿ヲ受ケシモ治癒セズトイフ、一ヶ月前ヨリ咳嗽アリ且ツ膿性喀痰ヲ出ス。

「現症」體格中等、榮養稍々不良ニシテ皮膚蒼白ナリ、脈搏整正ニシテ緊張良シ、頭部、顔面、眼、耳、鼻、扁桃腺ニ異常ナシ、腹部異狀ナク肝腎脾ヲ觸レズ、四肢亦異常ナシ。

「局部所見」胸廓左右均等ニシテ呼吸開縮同大ナリ、心臟濁音界尋常、心音正純ナリ。

左肺ニ異常ナク、右肺ハ前面第三肋間腔、腋窩線ニテ第五肋骨、後面第三肋骨以下濁シ、呼吸音或ハ病的音ヲ聽取セズ。

「經過」三月十八日手術、右後腋窩線ニテ第九肋骨ニ沿ヒ約七、〇糎ノ皮切ヲ加ヘ第九肋骨ヲ切除シ、肋膜腔ヲ開キ濃厚帶黃灰白色ノ液ヲ排除シ排膿管ヲ挿入セリ。

爾後無菌的處置ヲ施スト共ニ腔内ヲ硼酸水ニテ、四月四日ヨリ「ハロミン」液ニテ洗滌シ五月二日迄繼續ス、且ツ四月十二日培養ニヨリ得シ葡萄狀球菌及ビ雙球菌ヨリ煮沸免疫元ヲ作り、四月十五日ヨリ略々隔日ニ〇・五坌宛皮下ニ注射シ五月十日迄二十一回注射ヲ行ヒタリ。

五月七日排膿管ヲ除去セシニ瘻孔ハ肉芽組織ニテ充填セラレ自ラ閉鎖セリ。五月八日「レントゲン」線検査、右乳線ニ相當シ肺ニ對スル肥厚訓練ヲ有シ、上方肺炎、下方第四肋間腔ニ達スル狹長ナル腔洞存在ス。此ノ第四肋間腔ノ

下方ハ陰影強ク液ノ瀦溜アルガ如シ。

五月十五日「退院時所見」榮養良好ニシテ顔貌血色良好、手術創ハ瘻孔閉鎖シ全ク治癒セリ。右胸ハ全體鼓音ヲ呈シ呼吸音微弱ナリ。

「レントゲン」線検査、前田ト略々同様ナル腔洞存在シ、試ミニ穿刺ヲナスモ液ヲ吸出スル能ハズ。患者ハ自覺症狀ヲ訴ヘズ。(附圖第十一圖參照)

「退院後經過」歸郷後引續キ十八回ノ煮沸免疫元ノ注射ヲ受ク、十月頃迄何等變化無カリシモ其ノ頃勢動セシ後深呼吸ノ際局部ニ不快感ヲ訴フルニ至レリ。

十二月十一日再來院、診スルニ打聽診上特記スベキ異常ヲ認メズ、手術部位變化無シ。

「遠隔成績」昭和二年四月十日調査、次第ニ自覺不快感輕減シ一ヶ年後ハ全ク消失シ現在健康ニ業務ニ從事スト言フ。

昭和二年十月六日再來検査、胸廓右ハ左ニ比シ僅カニ扁平ニシテ呼吸開縮兩側同等ナリ。打診上右鎖骨上窩ニ抵抗ヲ感ジ且ツ右後面肩胛骨角以下稍々輕濁セリ。聽診上右側ハ前後面共ニ呼吸音微弱ニシテ殊ニ側面ニ於テ顯著ナリ、手術痕ハ第十肋骨ノ走行ニ約十糎ノ狹キ線狀ヲナシ(前ハ後腋窩線、後ハ肩胛骨角ヲ延長セル線ニ達ス)骨ト着着セズ其ク移動ス。然シ瘻痕ノ直下ハ皮ト脂肪組織之シク新生セラレタル甚ダ不規則ノ骨組織ヲ觸知ス。從テ手術創ハ全ク骨ニ閉鎖セラレ瘻孔ヲ認メズ。

「レントゲン」線検査、退院時(約五年五ヶ月前)存在セシ右胸腔洞ハ全ク消失シ全部肺臟ニテ充填セラレ。肺臟ノ陰影ハ左右略々同等ニシテ差異ヲ認メザルモ胸壁ハ右ハ左ニ比シ稍々著明ナル肥厚陰影ヲ示ス。橫膈膜ハ正常彎曲ヲ失ヒ胸壁ニ近ク殆ンド水平線ヲナセリ。(附圖第十二圖參照)

昭和三年三月調査、變化ナク經過シツ、アリト言フ。

第七例、山下某、男、二十一歳、農

入院大正十三年六月二日、退院大正十三年七月七日

「遺傳的關係」 母系ノ叔父精神病ニテ斃レタル他特記スベキモノナシ。
「既往症」 幼時ヨリ健康ニシテ著患ナシ、麻疹尙經過セズ、種痘三四回、十八歳ノ時淋疾ヲ患フ。

「主訴」 本年(大正十三年)四月廿五日全身倦怠感、輕度ノ頭痛、熱感アリテ臥床セリ。當時胸痛惡感咳嗽咯痰等無カリキ、翌々二十七日寮扶斯ノ疑診ノ下ニ其「ワクチン」ノ注射ヲ受ク、爾後熱感依然トシテ存シ三十日試ミニ檢溫セシニ攝氏三十八度ナリキ、五月一日徵兵検査場ニ赴キ歸宅シタルニ左胸ノ鈍痛ヲ感じ呼吸稍々促進シ加フルニ咳嗽咯痰頻發、高熱ヲ發シタリ。咯痰ハ少量粘稠ニシテ血液ヲ混ゼシ事又ハ錆色ヲ呈セシ事ナカリキ。肺炎ノ診斷ノ下ニ處置セラレ熱發ハ去ラザルモ左胸痛ハ一週間後輕快シ呼吸促進咳嗽モ減少セリ、然ルニ五月廿八日左胸側下方ニ再び疼痛ヲ感じ、三十日ニハ局所發赤浮腫ヲ來シ且ツ壓痛ヲ感ズルニ至レリトイフ。食慾良好。

「現症」 體格中等、榮養稍不良、皮膚ハ少シク蒼白ニシテ緊張弱ク乾燥セリ、脈搏整正迅速ニシテ一分時一〇〇ヲ算シ緊張少シク減弱モリ、頭部、顔面、眼、耳、鼻等ニ異常ナク、舌ハ薄キ白色ノ苔ニ被ハル、頸部ニ淋巴腺腫大ヲ觸知セズ、腹部異常ナク、肝腎脾ヲ觸レズ、四肢亦タ異常ヲ認メズ。尿ニ病變ナシ。

「局部所見」 胸廓左右不均等ニシテ左胸ハ右ニ比シ少シク外方ニ突出シ、且ツ肋間腔ハ右ニ比シ稍々擴大シ扁平トナリ肋骨ノ走行ハヨリ水平トナレリ。呼吸閉縮ハ左ハ右ニ比シ大ニシテ且ツ緩徐ナリ、呼吸安靜。

心聽濁音界ハ右ハ右側胸骨緣ニ位シ上及ビ左不明、心尖搏動第五肋間腔ニテ左乳線ノ内方三横指ノ處ニ觸レ昂進シ且ツ第一音少シク不純ナリ。

左胸側ニ約大人手拳大ノ暗赤色ノ浮腫狀ヲ呈モル部分アリ。壓痛激烈ニシテ指壓ニヨリ陷凹ス、波動著明ナラズ、此ノ上方ニモ略々手拳大ノ少シク腫脹シ且ツ壓痛ヲ訴フル部アリ。

右肺ハ至ル處打診上正純且ツ稍々鼓音ヲ呈シ呼吸音尋常、左肺ハ前後面共

ニ濁シ殊ニ後面下部著明、聽診上微弱ナルモ粗呼吸音ヲ聽キ且ツ呼吸延長シ銳利ナリ、聲音震顫著シク減弱ス、體溫三十八度ナリ。

「經過」 六月一日試驗穿刺ヲナシ稀薄帶黃灰白色ノ膿ヲ得、培養ニヨリ連鎖狀球菌ヲ立證セリ。

六月二日上記變色部並ニソノ上方ニ長サ四・〇〇〇〇〇ノ二切開ヲ加ヘタルモ漿血性ノ液ノミニテ膿ヲ排出セズ。

六月三日手術、左胸後腋窩線ヲ中心トシ第八肋骨ノ走行ニ沿ヒ略々五・〇〇〇ノ皮切ヲ加ヘ第八肋骨ヲ長サ三・〇〇〇ノ切開ヲ行ハシ、流出スル膿ハ初メ稀薄水樣ニシテ且ツ黃色ヲ帶ビ僅少ノ灰白色ノ纖維素塊ヲ混ジ終リニ深呼吸及ビ咳嗽ニヨリ出テタルモノハ濃厚帶黃綠色ヲ呈シ多量ノ纖維素塊ヲ含有セリ。斯クシテ全量五・〇〇〇ノ膿ヲ排除セリ、内容ヲ出セル後肋膜腔ニ略々六・〇〇〇ノ排膿管ヲ挿入シ手術ヲ終ル、試ミニ消息子ニテ腔内ヲ探グルニ上内方ヘ一二・〇〇〇ノ腔内方ヘ八・〇〇〇ノ腔ヲ挿入シ得。

爾後次第ニ體溫下降シ分泌液減少シ來リ、六月十四日排膿管ヲ除去セシ、六月二十一日創ハ治癒セリ。

七月七日「退院時所見」 胸廓不均等、呼吸安靜、左胸側ノ手術創ハ殆んど治癒シ肉芽面ヲ有セズ。心臟濁音界略々尋常、心尖搏動微弱ナルモ心音正純ナリ。

左胸ハ少シク濁シ殊ニ後面下部ニ著シ、微弱ナルモ呼吸音ヲ聽キ、呼吸稍々銳利ニシテ延長セリ、且ツ後面下部ニ多數ノ小水泡音ヲ聽取ス。

「レントゲン」線検査、左胸ニ胸部半バツ占ムル狹長ナル上方肺尖ニ、下方横膈膜ニ達スル腔洞存シ、凝溜液ヲ見ズ。

「遠隔成績」 昭和二年四月十日調査、大正十五年九月左胸ノ不快感ヲ感ゼシ他自他覺的症狀ナク健康ニ業務ニ從事ストイフ。前記不快感ハ略々一週間ニテ治癒シ其際發熱呼吸困難胸痛等無カリシト言フ。

昭和二年九月二十八日再來検査、榮養良好、皮膚血色良好、胸廓左右略々

均等、左胸側正中腋窩線上ニ一ハ第六肋骨他ハ第八肋骨ニ相當シ二個ノ共ニ横走セル長サ略々三・〇釐ノ、及ビ後腋窩線上ニテ第八肋骨ニ相當シ略々五・〇釐ノ瘰癧アリ。瘰癧部ノ皮膚ハ下層ト癒着ナク良ク移動ス。肉芽創或ハ瘰癧等ヲ認メズ。後腋窩線上ノ瘰癧ニ相當シ第八肋骨ハ細キ再生骨ニテ聯絡セラルルヲ觸知ス。前記三瘰癧ヲ連結シ生ズル三角形部ハ打診上強キ抵抗ヲ感ジ呼吸音他處ニ比シ微弱ナリ。病的音ヲ聽カズ。

「レントゲン」線検査、退院時（約三年三ヶ月前）存在セシ腔洞ハ全ク消失シ全胸肺臓ニテ充填セラル。横隔膜ハ胸壁ニ近ク水平線ヲナシ正常ノ彎曲ヲ消失セリ。（附圖第十三圖參照）

昭和三年三月調査、異狀ナク経過シツ、アリト言フ。

第八例、竹島某、女、四十歳、大工妻

入院大正十二年三月廿三日、退院大正十二年四月二十四日

「主訴」 本年（大正十二年）二月廿日頃ヨリ風邪ノ氣味アリ、咳嗽喀痰胸痛發熱ヲ來シ本月始メ肺炎ノ診斷下ニ治療セラレタリ。然ルニ昨夜試験穿刺ヲ受ケシニ膿ヲ出セリト言フ。

「現症」 體格中等、榮養良好、皮膚及ビ粘膜蒼白ナラズ、且ツ發疹浮腫黃疸ヲ認メズ、脈搏整正ニシテ搏數普通、頭部、顔面、眼、耳、鼻、扁桃腺ニ異常ナシ、舌ハ濕潤ニシテ苔ナシ、腹部ハ下半部膨隆シ小兒手拳大ノ彈力性硬ノ腫瘍ヲ觸レ其表面平滑ナリ（妊娠五ヶ月）、肝腎脾ヲ觸レズ、四肢ニ異常ナシ。

「局部所見」 胸廓左右均等、呼吸開縮左右同等ナリ、心臓濁音界略々尋常、心音微弱ナルモ正純ニシテ第二動脈音稍々充進セリ。

右肺ハ前後面共全濁、呼吸音ヲ聽取セズ、肺肝境界不明、左肺異常ヲ認メズ。

「経過」 三月二十三日手術、右後腋窩線ニテ第八肋骨ノ走行ニ沿ヒ皮切ヲ加ヘ、第八肋骨ヲ約五・〇釐切除ス。胸腔ヲ開キ膿約六〇〇・〇㏄ヲ排除シ排

膿管ヲ挿入セリ。

爾後無菌的處置ヲ施スト共ニ、三月二十六日培養ニヨリ得シ黃色葡萄球菌及ビ一種ノ雙球菌ノ煮沸免疫元ヲ作り、三月二十七日ヨリ隔日ニ〇・五㏄ヨリ漸次増量皮下注射ヲ行ヒ四月二十三日五・〇㏄ニ達ス、回数十一回、總量二八・〇㏄。四月三日ヨリ生理的食鹽水ニテ腔内ヲ洗滌ス、四月十七日排膿管ヲ除去セシニ何等ノ異常ナク瘰癧ハ肉芽組織ニテ充填セラレ自ラ閉鎖セリ。

四月二十四日「退院時所見」 一般狀態良好ニシテ手術創ハ全ク治癒セリ。右胸ハ左ニ比シ稍々縮小シ至ル處鼓音ヲ呈シ、微弱ナルモ呼吸音ヲ明カニ聽取ス。

「レントゲン」線検査、右胸稍々上部ニ偏シ、副乳線ニ相當シテ肺臓ニ對スル肥厚副線ヲ有シ上方肺尖、下方第五肋骨ニ達スル紡錘狀ノ狹長ナル腔洞アリ。底ニハ豬溜液アルガ如シ。（附圖第十四圖參照）

「遠隔成績」 昭和二年四月十日調査、不明

第九例、佐々木某、男、十二歳

入院大正十三年四月三十日、退院大正十三年六月二十三日

「主訴」 本年（大正十三年）四月十七日全身倦怠感アリ、二日後攝氏三十九度ノ高熱ヲ發シ且ツ右側胸痛咳嗽多量ノ喀痰ヲ伴ヒ、三日前ヨリ時々呼吸困難ヲ來ス。食慾不振。

「現症」 體格中等、榮養甚ダ不良、皮膚及ビ粘膜ハ蒼白ナラズ、頭部、顔面、眼、耳、鼻、扁桃腺ニ異常ナク、頸部淋巴腺腫大ヲ認メズ、腹部異常ナク肝腎脾ヲ觸レズ、四肢異常ナシ。

「局部所見」 心臓濁音界上第三肋骨、左方左乳線ノ外一横指、内方不明、心音正純。

左肺ニ異常ナク、右肺ハ第二肋骨以下全濁且ツ此部ニ呼吸音ヲ聽取セズ。

「経過」 五月一日手術、右後腋窩線ニテ第八肋骨ニ沿ヒ皮切ヲ加ヘ第八肋骨ヲ約六・〇釐切除シ肋膜腔ヲ開キテ帶黃灰白色ノ膿六〇〇・〇㏄ヲ排除シ排

膿管ヲ挿入セリ。

爾後無菌的處置ヲ施スト共ニ、培養ニヨリ得シ連鎖球菌及ビ雙球菌ノ煮沸免疫元ヲ作り五月四日ヨリ隔日ニ一〇鉅宛注射シ六月二十三日迄ニ二十六回ニ及ブ。且ツ五月十四日ヨリ硼酸水ニテ腔内洗滌ヲ行フ。六月十七日排膿管ヲ拔去セシニ瘻孔ハ數日後自ラ閉鎖セリ。

六月二十三日「退院時所見」 手術創ハ大部分治癒シ瘻孔全ク閉鎖ス、創ヨリノ分泌物殆ンド缺如ス。

「レントゲン」線検査、肺臟ニ對シテ著明ノ肥厚割線ヲ有スル小鶏卵大ノ三角形ノ腔洞アリ、上方第三肋間腔、下方第五肋骨ノ高サニ相當ス。(第十五圖參照)

「遠隔成績」 昭和二年四月十日調査、不問。

第十例、岡本某、男、四十七歳、青物商

入院大正十三年十一月七日、退院大正十四年二月十五日(本例ハ他疾患ニテ入院治療中膿胸ヲ併發セシモノナリ)

「主訴」 大正十年十月島瀾病院ニテ十二指腸潰瘍ニ對スル手術ヲ受ケ、爾來時々心窩部ニ輕キ疼痛ヲ感ゼシガ大正十三年五月六日旅行中同部ニ激痛ヲ來セリト言フ。

「現症」 體格大、榮養甚ダ良好、皮膚ニ浮腫黃疸發疹等無シ、脈搏整正緊張良シ、頭部、顔面、眼、耳、鼻、扁桃腺ニ異常ナク、頸部淋巴腺腫大ヲ認メズ。胸部及ビ四肢ニ異常ナシ。

「局部所見」 腹部稍々膨隆シ打診上濁音ヲ發ス。心窩部ニ於テ正中線ヨリ稍々左方ニ偏シ境界不鮮明ナル抵抗ヲ觸知ス、腹部ハ至ル處壓痛ヲ訴フルモ上記抵抗部ニ特ニ著明ナリ。

「經過」 入院後内科の治療ヲ施行シツ、アル間ニ十一月三十日心窩部ノ限局性腹膜炎、次デ十二月八日横隔膜下膿瘍ヲ發ス、十二月十一日手術、正中線ニテ開腹セシニ氣強キ帶黃灰白色ノ膿ヲ出セリ。

然ルニ十二月三十日左側肋膜炎ノ症狀現ハレ、大正十四年一月十七日膿胸ノ診斷下ニ手術開胸シ排膿セリ。

爾後無菌的處置ヲ施行セシニ次第ニ分泌物減量シ一月二十五日排膿管ヲ除去セリ。後特別ノ變化ナク二月十五日退院ス。

「退院後經過」 外來ニテ處置ヲ續行シ五月十四日手術創ハ全ク治癒セリ。

「遠隔成績」 然ルニ昭和二年四月廿七日「レントゲン」線検査ヲナスニ、略々鶏卵大卵圓形ニシテ上方第四肋骨、下方第六肋骨ノ高サニ相當シ副乳線ノ外方ニ位置スル腔洞ヲ發見セリ、然モ患者ハ何等自覺的訴ヘラ有セズ。(附圖第十六圖參照)

第十一例、笹岡某、女、三歳、石鹼原料商

入院昭和二年六月廿四日、退院昭和二年七月十四日

「既往症」 本年(昭和二年)四月麻疹ヲ經過ス。

「主訴」 昭和二年六月四日發熱攝氏三十九度七分ニテ一週間持續シ十日前ヨリ咳嗽ヲ伴フ、三日前ヨリ體溫三十七度ニ降下セルモ機嫌惡ク本日右胸ニ穿刺ヲ受ケシニ膿ヲ出セリトイフ。

「現症」 體格稍々小、榮養不良、皮膚及ビ粘膜蒼白、脈搏頻數ナルモ緊張良シ、頭部、顔面、眼、耳、鼻、扁桃腺ニ異常ナシ、腹部稍々膨隆スルモ軟ニシテ肝脾ヲ觸レズ、四肢ニ異常ナシ。

「局部所見」 胸部扁平ナラズ。呼吸閉縮右側ハ甚ダ微弱ナリ、心臟濁音界ハ稍々左方ニ移動シ心音正純ナリ。

右肺前後而共ニ全ク濁シ呼吸音ヲ聽カズ、且ツ聲音震盪消失ス、左肺異常ナシ。

「經過」 六月廿五日手術、後腋窩線ノ後方ニテ第八肋間腔ニ沿ヒ約五〇耗ノ皮膚切開ヲ行ヒ、肋骨ヲ切除セズシテ肋間腔ニテ肋膜ヲ開キ帶黃灰白色ノ膿ヲ排除シ排膿管ヲ挿入セリ。

爾後無菌的處置ヲ施シ體溫次第ニ下降シ分泌物モ次第ニ減少セリ。七月三

日排膿管ヲ除去シタルニ瘻孔ハ六日肉芽組織ニテ充填閉鎖セリ。
七月十二日「レントゲン」線検査、瘻孔ノ存在セシ部ノ上方ニ小鶏卵大ノ腔洞ノ存在ヲ認ム。(附圖第十七圖参照)

七月十四日「退院時所見」元氣良好、胸部ニ病的の音ヲ聽カズ、手術部ハ略々二〇糎ノ狹キ肉芽面トナリ瘻孔ヲ認メズ。

「遠隔成績」昭和三年三月調査、健康ニ過シツ、アリ。

第十二例、神田某、男、三十七歳、勞働

入院昭和三年九月二十九日、退院昭和三年十一月八日

「遺傳的關係」特記スベキモノナシ。

「既往症」特記スベキコトナシ。

「主訴」本年四月二十七日風邪ノ氣味アリテ發熱咳嗽喀痰ヲ來シ次デ呼吸困難加ハリ、五月三日膿胸ノ診斷下ニ手術ヲ受ケ發熱呼吸困難及ビ喀痰等消失シニケ月ニテ手術創ハ閉鎖治癒セリ。然ルニ二週間前ヨリ發熱食慾不振ヲ訴ヘ左胸側ノ手術創ヨリ血膿性ノ液ヲ出スニ至レリトイフ。

「現症」體格中等、榮養稍不良、皮膚及ビ粘膜蒼白ナラズ、脈搏整正ニシテ緊張良ク一分間約八十ヲ算ス。兩側頸部ニ豌豆大迄ノ多數ノ淋巴腺ヲ觸知ス、頭部、顔面、眼、耳、鼻ニ異常ナシ、扁桃腺僅カニ發赤スルモ腫脹セズ、腹部ニ異常ナク肝腎脾ヲ觸レズ、四肢モ亦タ異常ナシ、尿ニ病變ヲ認メズ。
「局部所見」呼吸閉縮左胸減弱ス、後方ヨリ見ルニ左肩胛骨ハ右ヨリモ低下シ、脊柱ハ右方ヘ凸側彎曲ヲ作ル、第九肋間腔ニ於テ後腋窩線ト肩胛骨線トノ間ニ癰痕アリテ陷没シ中央ノ癰孔ヨリ漿血性ノ膿ヲ出セリ。

心臟濁音界略々正常、心音正純ナリ。左胸ニテ鎖骨上下窩ハ打診上抵抗アリ側面ハ輕濁シ後面ハ第八肋骨以下全濁ス、聽診上鎖骨上下窩呼吸延長且ツ銳利、後面ハ呼吸音微弱ニシテ殊ニ肩胛骨下角下部ニテハ全ク聽取セズ。

「経過」瘻孔ニ排膿管ヲ挿入スルコト無ク、無菌の處置ヲ嚴守セシニ、既ニ十月二日瘻孔閉鎖シ四日ニハ創ハ全ク治癒セリ。

十月六日「レントゲン」線検査、左乳線、外方ニ紡錘狀ノ長サ約七〇糎、幅二〇糎ノ上方第三肋骨下方第六肋間腔ノ高サニ存スル腔洞アリ。瀝溜液ヲ認メズ。(附圖第十八圖参照)

十月十五日穿刺、肩胛骨線ニテ第七肋間腔ニ注射針ヲ刺入スルニ盛シニ瓦斯ヲ排出セリ。生理的食鹽水ヲ注入セントスルモ成功セズ、其ノ後左頸及ビ胸部ニ輕キ疼痛ヲ感ジ觸診上捻髒音ヲ觸知セシモ翌日殆ンド輕快セリ。

十月二十三日穿刺、左後腋窩線上ニテ第八肋間腔ニ穿刺シ努責ヲ命ズルニ約七七〇糎ノ瓦斯ヲ排出セリ。其ノ後一〇〇糎ノ生理的食鹽水ヲ注入ス。

「レントゲン」線検査、左乳線ノ外方ニ前同様ノ狹長ナル腔洞アリテ下部ニ其ノ面水平線ヲナセル強キ陰影アリテ液ノ瀝溜ヲ示ス。(附圖第十九圖参照)
十月廿六日「レントゲン」線検査、略々前同様ノ腔洞アルモ下部ノ強キ陰影ハ全ク消失シ瀝溜液ノ吸收セラレタルヲ示セリ。(附圖第二十圖参照)

十一月一日穿刺、左後腋窩線ニテ第八肋間腔ニ刺入、努責ヲナサシメテ瓦斯一五〇〇糎ヲ排除シ直チニ約一八〇〇糎ノ生理的食鹽水ヲ注入セリ。次デ約一〇〇〇糎ノ液ヲ吸出ス、其ノ吸出液ハ淡黃色ヲ呈シ新鮮ナル血液ヲ含有スル外他ノ異狀成分特ニ白血球增多ヲ認メズ、塗抹標本及ビ培養ニヨルモ細菌ヲ證明セザリキ。

「レントゲン」線検査、前同、略々同様狹長ナル腔洞アリ、下部ハ水平線ヲナシ陰影強クシテ液ノ瀝溜ヲ示ス。

十一月八日「退院時所見」胸廓左右不均等ニシテ左肩及ビ左肩胛骨ハ右ニ比シ下降セリ。脊柱ハ右方ヘ凸側彎曲ヲナス。心臟濁音界ハ上方第四肋骨、右方胸骨左緣、左方第五肋間腔ニテ左乳線ノ外方ニアリ、心音正純。

左後腋窩線ト左肩胛骨線トノ間ニ第九肋間腔ニ沿ヒ癰痕アリテ周圍ヨリモ陷沒ス。第十肋骨ハ肥厚スレドモ壓痛無シ。

右肺ハ鎖骨上窩輕キ抵抗アリテ呼吸延長銳利ナリ。左肺ハ前後而上方ハ輕濁シ後面ニテ肩胛骨ヨリ下方及ビ側面ハ全濁ス。聽診上前後面上部ニハ稍々

多數ノ中等度水泡音ヲ聽キ且ツ前面ニハ時々吹笛音ヲ聽取ス。全濁音域ニテハ呼吸音甚ダ微弱ニシテ殊ニ縦痕部周圍ニテハ全ク聽取シ得ズ。自覺的ニ何

等ノ訴ヘテ有セズ。

三、所見概括

前記十二治驗例中結核性陳舊性膿胸一例(第一例)、陳舊性ニ非ザルモ結核性ノモノ一例(第二例)、膿膿菌性陳舊性ノモノ二例(第二及ビ第十二例)陳舊性ニ非ザルモ膿膿菌性ノモノ八例(第四乃至第十一例)ニシテ急性膿胸ノ病原菌ハ雙球菌二例(第四及ビ第五例)連鎖狀球菌一例(第六例)、葡萄狀球菌及ビ雙球菌合併ノモノ二例(第七及ビ第八例)連鎖狀球菌及ビ雙球菌合併ノモノ一例(第九例)ニシテ不明ナルモノ二例ナリ。

結核性陳舊性ノ第一例ハ既ニ伊藤肇博士(文獻參照)ニヨリ發表セラレシモノニシテ、四回ノ手術ニヨリ多數ノ肋骨ヲ切除シ死腔ノ消滅ヲ企テタルモ更ニ治癒ノ傾向ヲ示サズ、第一回手術後約一年二ヶ月ヲ經初メテ新方針ニヨリテ處置セラレシモノニシテ、七回ノ排膿管拔去ヲ試ミ八ヶ月後初メテ治癒セシメ得タリ。

第二例ノ膿膿菌性陳舊性膿胸ハ手術後一年七ヶ月後吾等ノ臨牀ヲ訪レ直チニ新方針ノ下ニ處置セラレ、五回ノ排膿管拔去ヲ試ミ四ヶ月ニシテ瘻孔ヲ閉鎖セシメ得タリ。

第十二例ノ膿膿菌性陳舊性膿胸ハ手術後二ヶ月ニテ一度瘻孔閉鎖シタルモ其ノ後略三ヶ月ノ後再ビ瘻孔ヲ形成セシ爲、手術後略五ヶ月、再瘻孔形成一週間ノ後始メテ吾人ノ臨牀ヲ訪レタルニ入院僅カニ五日ニテ瘻孔ヲ閉鎖セシメ得タリ。

他ノ急性膿胸ハ凡テ最初ヨリ新方針ノ下ニ治療セラレ唯一回ノ排膿管拔去ニヨリ瘻孔ヲ閉鎖セシメ得タルモノニシテ、第十及ビ第十一例ノ術後九日目ナルヲ最短トシ、第七例ハ十二日目、第四例ハ十八日目、第五例ハ二十二日目、第八例ハ二十六日目、第九例ハ四十八日目、第六例ハ五十一日目一テ排膿管ヲ拔去セリ。

第三例ノ結核性膿胸ハ手術排膿後直チニ創ヲ縫合閉鎖セシモ手術創ノ傳染ノ爲術後六日目ニ排膿管ヲ挿入セシガ、其ノ後三十九日目ニ既ニ排膿管ヲ除去シ瘻孔ヲ閉鎖セシメ得タリ。

以上ノ症例ハ凡テ無菌的處置ヲ嚴守スルト共ニ、中五例（第一、第二、第六、第八及ビ第九例）ニハ自家煮沸免疫元ヲ或ハ皮下或ハ靜脈内ニ注射シ、且ツ第三例ハ食鹽水、第四及ビ第五例ハ千倍「リバノール」液ニテ手術時腔内ヲ洗滌シ、第六、第八及ビ第九例ハ術後毎日或ハ數日ノ間隔ヲ以テ硼酸水、食鹽水、「ハロミン」液ニテ腔内洗滌ヲ施行セリ。

遺殘セラレタル腔洞ノ大サ及ビ形狀ハ種々ニシテ、大ナルハ實ニ胸腔半バヲ占メ、小ナルハ指頭大ニ過ギザルモノアリ。形狀モ圓形、卵圓形、三角形等種々ニシテ一定セズ。

此ノ遺殘腔洞ノ消失（即チ全治）期亦區々ニシテ第十例ノ如ク二年二ヶ月ノ長歲月後尙ホ其ノ存在ヲ證明シ得タルモノアリ。第三及ビ第一例ノ如ク一乃至四ヶ月ニシテ既ニ消失セルモノアリ。

遠隔成績ノ分明セルモノ十二治驗例中九例ニシテ、第三例（結核性）ノ患者ガ瘻孔閉鎖後約一ケ年半ニテ死亡シ、第一例ハ二年十一ヶ月、第十例ハ二年二ヶ月健存シテ其ノ後ノ經過不明ナレドモ、他ノ六例ハ今日迄再ビ病變ヲ惹起スル事ナク健存シ、昭和三年三月迄ニ第六例ハ五年十一ヶ月、第二例四ケ年、第七例三年九ヶ月、第四例二年十一ヶ月、第五例二ケ年、第十一例八ヶ月ヲ經過シ全治ノ狀態ヲ持續シツ、アリ。

四、治癒直後ニ於ケル膿胸遺殘死腔 (Empyemesthöhle) ニ就テ

膿胸治癒後ニ遺殘スル死腔殊ニ其ノ内壁ノ性狀如何ハ甚ダ重要且ツ興味アル事項ナルモ未ダ何人モ其ノ詳細ヲ考究シタルモノ無シ。唯ダ西尾重博士（文献參照）ハ動物實驗ニヨリ健康家兔ノ肋膜腔ヲ開キ其ノ胸壁肋膜ヲ廣範ニ切除シタルニ、其ノ肋膜缺損部ハ周邊部ヨリ次第ニ肋膜被蓋細胞ト略々同一形狀ノ細胞ニヨリ再生被覆セラル、ヲ證明セリ。

余等ハ第十二例ノ陳舊性膿胸患者ノ瘻孔閉鎖後遺殘セル死腔ヲ究メントシ、注射針ヲ以テ穿刺シタルニ怒責ニヨリテ盛ンニ瓦斯（空氣）ノ排出セラル、ヲ認メタリ。且ツ又死腔内ニ生理的食鹽水ヲ注入シ暫時ノ後吸出シタル液ハ淡黃色ニシテ新鮮血液ノ他ニ異常成分ヲ含有セザルヲ證明シ得タリ。是ニ由リテ瘻孔閉鎖後一ヶ月ニテ死腔ノ内面ハ肉芽組織ニテ被ハレ居リ從テ膿性滯溜液ヲ有スルモノニアラズシテ、肋膜被蓋細胞或ハ其ノ類似細胞ニ由リテ被覆形成セラレ居ルモノタル

ベキコト且ツ死腔内ハ眞空ニ非ズシテ空氣ヲ以テ充サレ居ルモノナルコトヲ立證シ得タリ。是レ西尾重博士ノ動物實驗ノ結果ト一致スル所ナリ。

膿胸遺殘死腔ヲ有スル儘ニテ瘻孔ヲ治癒セシメタル前記患者ニ對シ、其ノ死腔中ヨリ空氣ヲ排出シ代リニ生理的食鹽水ヲ注入シテ撮影シタルニ明白ニ液ノ水平面ヲ立證シ得タリ。

然シテ三日目ニ再ビ「レントゲン」線撮影ヲ行ヒシニ此ノ食鹽水ハ全ク吸收セラレテ痕跡ダモ立證スルコト能ハザリキ。思フニ此ノ如キ場合ニ注入セラレタル食鹽水ハ三日目ト言ハズ數時間ニシテ全部吸收セラル、モノタルコト、宛カモ健康正常胸腔内ヘ生理的食鹽水ヲ注入シタル場合ト同一ナルベシ。(附圖十九圖及ビ二十圖參照)

五、考 察

古來膿胸ノ手術後時トシテ陳舊性ニ遺殘スル死腔ハ常ニ顧慮ノ對象トナレル處ニシテ、從來幾多ノ學者ガ種々ナル治療方法ヲ案出スト雖、『死腔ヲ荒蕪スル事ヲ以テ其ノ治癒機轉ナリトスル觀念』ヨリ一步モ出デザリシハ既ニ緒言ニテ述べタルガ如シ。斯クノ如キ信條ニ一大轉換ヲ與ヘシモノハ實ニ歐洲大戰ニヨリテ得タル經驗ナリトス。

Dejage (一九一九年)ハ歐洲大戰時種々ノ外傷性創傷ト同ジク外傷性肋膜化膿時ニ之ヲデーキン氏液ニテ洗滌シ、無菌トナレバ縫合閉鎖スルモ治癒スルヲ經驗シテ之ヲ唱導シ、次デ Tether (一九二〇年)ハ Dejage ノ主張ヲ繼承シ、陳舊性膿胸ハ瘻孔及ビ腔内ノ癒着ヲ剝離切除セル後藥液殊ニデーキン氏液ニテ消毒シ、無菌トナレバ之ヲ自ラ閉鎖セシムルカ或ハ肺臟被膜切除ヲ行ヒ縫合閉鎖スベキヲ提言セリ、又 Moschkowitz (一九二〇年)モロツクフエラー病院ニテ腔内ヲデーキン氏液洗滌ニヨリ無菌ナラシメタル後瘻孔ヲ縫合閉鎖シ治癒セルモノ多キヲ觀、且ツ自ラ斯クシテ治癒セシメ得タル患者ガ一ヶ月後限局性氣胸即チ死腔ヲ遺殘セルヲ認メタルノミナラズ、ソノ後此ノ死腔ハ液ノ溜溜ヲ起ス事ナク消滅セルモノニ遭遇シ腔洞ヲ消毒無菌ナラシムル時ハ瘻孔ヲ自然ニ閉鎖セシメ或ハ縫合閉鎖スルモ可ナルヲ力說シ、Bitter (一九二一年)ハ膿胸ハ瘻孔ハ「タンポン」或ハ排膿管等ニヨク刺戟ヲ加フル事ナク、處置スル時ハ孔口ハ自ラ閉鎖シ、溜溜液ハ穿刺

ニヨリ、其ノ毒性、次第ニ減弱シ、治癒シ得ルヲ主張セリ。

上記四氏ノ中 Dequace ハ其ノ治癒機轉ニツキ充分ノ觀察ヲ遂グルニ至ラザリシモ、他三氏ハ凡テ膿胸ハ死腔ノ遺殘ノ儘治癒シ得ルモノナルヲ是認セルナリ。然レドモ Tuffier ノ主眼トスル處ハ寧ロ肺臟被膜切除術ニシテ、死腔遺殘ノ儘ノ治癒機轉ヲ認メ乍ラモ肺臟被膜切除ニヨル肺臟ノ早期膨張ニヨリ可及的死腔ノ消滅ヲ早カラシメン事ニ努力セリ。

死腔ヲ有スル儘ニテ膿胸手術後ノ瘻孔ハ閉鎖治癒シ得ル事ハ知ラレタレドモ、サテ其ノ死腔ガ其後如何ナル運命ヲ取ルカニ就キテハ何人モ未ダ是ニ言及セザリシナリ。然ルニ斯克ノ如キ死腔ガ早晚消滅(治癒)スルモノナルハ余等ノ症例ノ指示スル通りナリ。第三例ノ如キハ既ニ瘻孔閉鎖後一ヶ月ニテ、第一例ハ四ヶ月ニテ腔洞ノ結締織化シ消滅シ行クヲ認メタリ。然レドモ第十例ノ如ク瘻孔閉鎖後二年二月ノ長歲月ニ亘リテ死腔存在シ、然モ自覺症狀ヲ全ク缺如セルモノモアリ。故ニ Tuffier ガ肺臟被膜切除ニヨリ死腔消失ヲ促進セントスルガ如キハ治療上大ナル意味ヲ爲サルナリ。即チ余等ノ治療方針トハ一致セザルモノナリ。

Muschkowitz ハデーキン氏液ニ依ル洗滌ヲ重視シ、該液ニヨル洗滌ノ有無ニヨリ瘻孔閉鎖後ノ豫後ヲ論斷セントスルモ、症例ノ多數ガ示ス如ク余等ハ時ト場合トニ應ジテ種々ナル藥液ヲ以テ洗滌シ、然モ其ノ間ニ著明ノ逕庭ヲ認ムルコト能ハザリキ。

瘻孔ヲ早期ニ閉鎖セシムル Pitter ノ主張ハ余等ノ方針ト略々一致スル處ニシテ、余等ノ第四例、第五例、第七例、第八例、第十例、第十一例ノ如キ急性膿胸ニテハ術後二十日前後ニシテ、殊ニ第十及ビ第十一例ハ術後九日ノ短時日ニテ排膿管ヲ除去シ瘻孔ヲ閉鎖セシメ得タリ。然レドモ餘リニ早ク排膿管ヲ拔去シ瘻孔ヲ自然閉鎖ニ委スル時ハ瀦溜液現ハレ來リ、其ノ病原菌ノ毒性如何ニヨリテハ稍々重篤ナル全身症狀ヲ伴ヒ來ルモノニシテ、必ズシモ穿刺ニノミ信賴スベカラザルナリ。斯カル事ハ陳舊性膿胸ノ排膿管拔去ノ際屢々見ル處ニシテ、余等ノ第一例ハ新治療方針開始後八ヶ月間ニ六回排膿管拔去ヲ試ミテ辛ウジテ七回目ニ、第二例ハ入院四ヶ月間ニ四回ノ拔去ヲ試ミテ五回目ニ始メテ瘻孔閉鎖ニ成功セリ。排

膿管拔去後全身症狀發現セシ時ハ再ビ排膿管ヲ插入シテ滯溜液ノ排除ヲ企ツル必要ヲ認ム。要スルニ余等ノ治療方針ニテハ排膿管ヲ除去スルコト遲キニ失スルヨリハ寧ロ早キニ失スベク銳意排膿管除去ノ機會ヲ窺フモノトス。

余等ノ賞用スル方法ハ釀膿菌性膿胸ニテハ可及的早期ニ開胸排膿ヲ行ヒ、爾後腔洞ノ化膿傳染ヲ減弱ニ努力スルト同時ニ、綑帶交換等ノ際可及的外界ヨリノ再傳染ヲ防止スル爲ニ、常ニ創口ノ周圍ヲ消毒シ無菌的ニ保持スルニ努メテ早期ニ腔洞ヲ無菌狀態ニ近ヅカシメ、且ツ患者ノ一般營養狀態ヲ高メ、他方病原菌ニ對スル特殊免疫の治療ヲ施シテ局所乃至全身免疫作用ヲ増強セシメ、然ル後排膿管拔去ヲ試ミ瘻孔ノ自然閉鎖ヲ持チ來サシムルモノナリ。此際死腔内ノ氣壓ヲ減ズルガ如キ裝置ヲ利用スルコトハ治療上重大ナル意義ヲ有セザルモノ、如シ。

化膿傳染ヲ減弱セシムル爲ニハ既ニ論述セシ如ク必ズシモデーキン氏液ノミナラズ、種々ナル藥液例ヘバ硼酸水、千倍「リバノール」液、生理的食鹽水等ニテ洗滌シ、再傳染ヲ防止スル爲ニハ創口ノ周圍ヲ酒精ヲ以テ清拭シ、且ツ糜爛面ノ治療及ビ阻止ニハ殺菌亞鉛華「オリーフ」油ヲ塗布シ、全身乃至局所免疫作用増強ノ爲ニハ其ノ病原菌ノ煮沸免疫元ノ皮下注射、靜脈注射乃至局所使用ヲモ施行シ其ノ效果ヲ期セリ。

然レドモ細菌検査ニテ無菌ナルヲ確カメ且ツ腔内ヨリノ分泌物僅少ナリト雖、排膿管ヲ拔去シ常ニ瘻孔閉鎖ニ成功スルトハ限ラザルナリ。即チ「嚴重ナル細菌的検査モ必ズシモ信賴スベキモノナラズ、否定的事實ハ證明トハナラザルナリ」。常ニ患者ノ一般狀態、局所ノ狀態ヲ觀察シテ排膿管拔去ノ時期ヲ窺ハザルベカラズ、然シテ全身免疫作用及ビ局所防衛作用ニ對抗シ得ザルガ如キ微弱ノ滯溜液ハ之ヲ自然ノ吸收ニ委シ何等障害ヲ認メザルナリ。故ニモシ最初ハ釀膿菌ニヨリテ產生セル膿ニテモ時日ノ經過ト共ニ無菌性トナリシ場合ニ遭遇スル時ハ、開胸排膿ヲ行フ際ニハ嚴重ニ無菌的ニ施行シ手術創ハ直チニ縫合閉鎖スベキナリ。閉鎖後遺殘スル腔洞中ニ時日ト共ニ多少ノ滲出液ガ滯溜スルコトアリテモ、ソハ無菌的ナルヲ以テソノ都度穿刺ニヨリ排除スルヲ以テ足レリトス。

結核性膿胸ニテ開胸排膿ヲ行フ際ニハ、腹膜結核ノ治療トシテ開腹術ヲ行フ場合ノ如ク嚴重ナル無菌的處理ノ下ニ出來

ル丈ケ廣ク胸壁ヲ開キ、結核性膿ヲ排除セシムルノミニ止マラズ、病竈ニ刺戟ヲ加フル目的ヲ以テ體壁肋膜、橫隔膜肋膜及ビ肺臟肋膜ヲ無菌綿紗ニテ強ク摩擦シテ膿ヲ拭ヒ取り、且ツ膿膜面ヲ隅々ニ至ル迄銳匙ニテ搔爬シテ出血スルニ至ラシメ、切開創ハ第一次癒合ヲ目的トシテ縫合閉鎖シ後胸腔ヨリ空氣ヲ吸引スベキニテ、之ヲ開放性ニ取扱ヒ外部ヨリ膿菌ヲ誘引シ、單純結核性膿胸腔ヲ混合傳染ニ委スルガ如キ事ヲナスベカラザルナリ。

斯クノ如クシテ遺殘スル腔洞ハ、其ノ大小ニ拘ハラズ早晚其ノ結締織化ト肺ノ膨張ニヨリテ遂ニ消失スルモノナルハ、余等ノ症例ノ確證セシ處ナリ。

斯ク腔洞ヲ遺殘セシ儘治愈セル症例ノ遠隔成績ニ關シテハ、余等ノ寡聞未ダ文献ノ發表セルモノアルヲ知ラズ。余等ノ症例十二、其ノ數必ズシモ多シト言フベカラザルモ其ノ遠隔成績ハ死腔遺殘治愈ノ方針ニ對シテ決定的ノ斷案ヲ與フルモノト思惟ス。即チ五例ハ最短二ケ年、最長實ニ五年十一ケ月ノ長年月ヲ經過セル今日迄何等局部ノ變化ナク、從テ全治セルモノト考ヘ得ベシ。殊ニ第二、第四、第六及ビ第七例ハ患者ノ現任狀態ヲ親シク検査シ、局部ニ瘻孔形成等無ク腔洞ハ既ニ消失セルヲ實證セリ。

膿胸手術後死腔ヲ如何ニシテ治愈セシムベキカ、特ニ其ノ陳舊性ナルモノヲ如何ニシテ消失セシムベキカニ向ツテ從來幾多ノ苦心ヲ重ネタルハ余等ノ熟知スル所ナリ。止ム無クシエーデ及ビデロルム氏法ノ如キ侵襲重大ナル手術ヲ施スト雖、所期ノ効果ヲ見ザル場合多キノミナラズ、ヨシ効果アリテモ此ノ手術ニヨリテ當然免カルベカラザル醜惡ナル畸形ハ到底視ルニ堪ヘザルモノナリ(例ヘバ一九二七年印刷 *Hochenegg-Payr, Lehrbuch der spez. Chirurgie*, 2. Aufl. Bd. I, Fig. 357 參照)然レドモ今ヤ余等ノ治驗例ハ死腔遺殘ハ何等虞ルベキ所無キノミナラズ、寧ロ瘻孔ノ治愈閉鎖セル後ノ死腔ノ遺殘ハ、是即チ膿胸ノ自然正整治癒機轉ニ必要缺クベカラザル當然ノ一階梯タルコトヲ立證シ得タリト信ズ。余等ハ此ノ事實ニ立脚シ、膿胸ノ手術後療法トシテ從來行ハレ居ル陰壓綑帶ハ、其ノ様ニ重大ナル治療上ノ意味ヲ有セザルモノタルコトヲ痛切ニ感ズル次第ナリ。

六、提 要

(一) 余等ハ膿胸膿排除後ノ遺殘死腔 (Empyemesthelic) ヲ其儘トナシ、瘻孔ヲノミ閉鎖治癒セシムルノ方針ヲ以テ治療ニ從事シ十二例ノ患者ニ於テ所期ノ目的ヲ達セリ。

(二) 此等ノ患者ノ内譯ハ下ノ如シ。

結核性ノモノ……………二例

陳舊性膿膿性ノモノ……………二例

急性膿膿性ノモノ……………八例

(三) 結核性膿胸ノ一例ハ最初ハ舊治療方針ニ從テ處置セラレ、四回ノ手術ニテ多數ノ肋骨ヲ切除シ以テ死腔ノ荒蕪ヲ企テラレシモ治セズ、第一回ノ手術後一年二ヶ月ヲ經過シタル後、始メテ新方針ノ下ニ取扱ハレハケ月ニシテ瘻孔治癒セリ。

(四) 陳舊性膿膿菌性膿胸ノ一例ノ患者ハ最初ノ手術ニテ肋骨切除及ビ排膿ヲ行ハレ、其ノ後一年七ヶ月間瘻孔ヲ有シタリシガ、余等ノ新方針ノ下ニテ處置セラル、ニ及ビ四ヶ月ニシテ瘻孔全ク閉鎖治癒セリ。

(五) 其ノ他ノ膿胸患者ハ術後最短九日目最長五十一日目ニ排膿管ヲ拔去シ瘻孔治癒セリ、此中ニ一例ノ結核性膿胸アリシガ術後三十九日目ニテ瘻孔閉鎖セリ。

(六) 以上ノ患者ハ瘻孔治癒セルニモ拘ハラズ、凡テ膿胸、膿排除後ノ死腔ヲ胸廓内ニ所有シ居レリ。此等死腔ノ大小形狀ハ種々雜多ナリシガ、或ルモノハ一ヶ月乃至四ヶ月後ニ至リテ消失セリ。或ルモノハ二年二ヶ月後ニ至リテモ尙ホ存在セリ。第二例ノ如キハ四ヶ年後ノ検査ニヨレバ死腔(當時X線寫眞ニテ長サ八・五釐、幅三・五釐大ノ腔洞)ハ全ク消失シ全部健康肺ヲ以テ充填セラレタリ。(附圖第三及ビ第四圖參照)

(七) 此等患者ハ遺殘死腔ヲ有スルト否トニ拘ハラズ再發ヲ來シタルモノ一人モ無シ。即チ昭和三年三月迄ニ於テ第六例ハ五年十一ヶ月、第二例四ヶ年、第七例三年九ヶ月、第四例二年九ヶ月、第五例二ヶ年、第十一例八ヶ月ヲ經過シタルニ

全く健康ニ過シツ、アリ。以テ遺殘死腔ノ存續ハ決シテ再發ヲ惹起スルモノニ非ザルヲ知ルベシ。

(八) 瘻孔閉鎖後ノ遺殘死腔ハ空氣ヲ有スルノミニシテ何等液性内容ヲ認メザルヲ普通トスルガ如シ、然レドモ時ニハ多少ノ液性内容ヲ立證シ得ルコトアリ。(附圖第九乃至第十一圖及び第十四圖參照)

(九) 結核性膿胸殊ニ急性膿胸ニ膿排除後ノ遺殘死腔ヲ荒蕪スルコトヲ要セズシテ瘻孔ノミヲ閉鎖セシメ治療ヲ企テ得ルモノナリ。然シテ閉鎖セラレタル遺殘膿胸死腔 (Geschlossene Empyemresthöhle) ハ再發ヲ來スコトナク胸腔中ニ孤立的ニ存續シ、一定時日ノ經過ト共ニ自然ニ消失シ、其ノ跡ハ健康肺ヲ以テ充サレ以テ整正治療 (Restitutio ad integrum) ヲ完成シ得ルモノナリ。

(一〇) 以上ノ如キ治療方針ハ陳舊性膿胸ニモ適用シ得ベシ。從テシエーデ、デロルム等ノ手術乃至遺殘膿胸死腔ノ荒蕪ヲ唯一ノ目的トスル各種ノ療法ハ不必要ナリテ漸次其ノ跡ヲ絶ツニ至ルベキナリ。

(一一) 余等ノ治療方針ニ從ヒテ排膿後ノ死腔ノ遺殘ヲ忌ムコトナケレバ、膿胸手術後療法トシテ永久的陰壓裝置綑帶ヲ施スコトハ、治療上左程重要ナルモノニ非ザルヲ知ル。

出 張 文 献

- 1) **Beck, E. G.**, Eine neue Methode zur Diagnose und Behandlung von Fistelegängen. *Zentralbl. f. Chir.*, 1908, Nr. 18, S. 355.
- 2) **Derselbe**, Bismuthpaste in chronie suppurative sinusses and empyema. *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1916, Vol. 67, p. 21.
- 3) **Burk, W.**, Die Empyemfistel und ihre Behandlung. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, Bd. 142, S. 267.
- 4) **Brunzel, H. E.**, Zur Frage der plastischen Verwendung der parietalen Pleurasciarte als Füllmaterial bei der Operation chronischer Empyeme. *Zentralbl. f. Chir.*, 1916, Nr. 25, S. 507.
- 5) **Depage, A.**, General considerations as to the treatment of war wounds. *Annals of Surgery*, 1919, Vol. 69, p. 575.
- 6) **Goebel, C.**, Ueber Thoracoplastik. *Deutsche Wochenschr.*, 1906, Nr. 45, S. 1815.
- 7) **Derselbe**, Zur Frage der plastischen Füllung alter Empyemhöhlen. *Zentralbl. f. Chir.*, 1918, Nr. 8, S. 120.
- 8) **V. Haaker**, Lebende Tamponade. *Ebenda*, 1916, Nr. 21, S. 421.
- 9) **Hartert**, Ueber Behandlung des acuten und chronischen Empyems, insbesondere nach Schlussverletzungen, mittels des Aspirationsverfahrens nach Perthes. *Munch. med. Wochenschr.*, 1918, Nr. 31, S. 840.
- 10) **Härtel**, Säugraimige der Pleurahöhle. *Zentralbl. f. Chir.*, 1910, S. 989.
- 11) **Homé, E. A.**, Die Methode der Eslander durch Rippenresektionen chronische Fälle von Empyem zu behandeln. *Langenbeck's Archiv*, 1881, Bd. 26, S. 151.
- 12) **林茂**, 結核性全膿胸ノ治療方針ニ就テ. 第20回近畿外科集談會及ビ日本外科集談會. 大正14年, 第2卷, 第4號, 693頁.
- 13) **Immermann**, Die Behandlung der Empyeme. *Verhandlung des deutschen Congresses f. innere Med.*, 1890, S. 20.
- 14) **伊藤盛**, 陳久性膿胸ノ治療方針ニ就テ. 第17回近畿外科集談會及ビ東京

- 醫事新誌. 大正 13 年, 第 2359 號—第 2360 號, 463 頁. 15) **Jordan**, Ueber Thoraxresektionen bei Empyemfisteln und ihre Endresultate. Brunn's Beitrag z. klin. Chir., 1902, Bd. 34, S. 553. 16) **Kümmell**, Operative Behandlung alter Empyemhöhlen. Zentralbl. f. Chir., 1920, S. 217.
- 17) **Kirschner**, Aussprache bei 44. Versammlung der deutsch. Gesellschaft f. Chir., 1920 und Zentralbl. f. Chir., 1920, S. 515. 18) **Melchior**, E., Ueber die plastische Verwendung der parietalen Pleuraschwarte bei der Operation chronischer Empyeme. Ebenda, 1916, Nr. 12, S. 249. 19) **Mosehkowitz, A. V.**, Empyema. Surg., Gynaec. and Obstetrics, 1920, Vol. 30, p. 35. 20) **Neuhäuser, H.**, Unblutige Methode zur Ausfüllung alter Empyemhöhlen. Zentralbl. f. Chir., 1918, Nr. 34, S. 584. 21) **西尾重**, 膿胸治癒機轉ニ就テ. 東京醫事新誌, 大正 14 年, 第 2426 號, 1385 頁及ビ日本外科學會雜誌, 大正 14 年, 第 26 回, S. 1051. 22) **Nordmann**, Zur Behandlung des Empyems. 36. Verhandlung d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. und Zentralbl. f. Chir., 1907, Nr. 31, S. 37. 23) **Peitavy**, Zur Radicaloperation des Empyems. Berl. kl. Wochenschr., 1876, Nr. 19, S. 262. 24) **Propping, K.**, Neue Wege zur Behandlung der Empyemhöhlen. Zentralbl. f. Chir., 1918, Nr. 30, S. 509. 25) **Ritter, C.**, Zur Technik des Verschlusses alter Empyemfisteln. Ebenda, 1918, Nr. 11, S. 166. 26) **Derselbe**, Zur Behandlung der Empyemfisteln. Münch. med. Wochenschr., 1921, Nr. 17, S. 513. 27) **Schede, M.**, Die Behandlung der Empyeme. Verhandlungen d. 9. Congresses f. innere Med., 1890, S. 41. 28) **Sauerbruch, F.**, Die Behandlung der Empyeme. Chirurgie der Brustorgane, Bd. II, Berlin, 1925. 29) **Derselbe**, Brustfellerkrankung. Handbuch der praktischen Chirurg., Bd. II, 1924, S. 1061. 30) **Seidel**, Ueber die rationelle Behandlung des Pleuraempyems mit besonderer Berücksichtigung des Aspirationsverfahrens. Zentralbl. f. Chir., 1907, Nr. 44, S. 1299. 31) **鳥潟隆三**, 膿胸ノ治療法. 醫海時報, 昭和 2 年, 第 1697 號, 337 頁. 32) **Tuffier, Th.**, Treatment of chronic empyema. Annals of Surgery, 1920, Vol. 72, p. 266. 33) **Tietze, A.**, Zur Behandlung grosser starrer Empyemhöhlen. Zentralbl. f. Chir., 1920, Nr. 40, S. 985. 34) **Vidakovich, C.**, Zur Frage der plastischen Ausfüllung von Hohlräumen bei der Operation chronischer Empyeme. Ebenda, 1917, Nr. 45, S. 985. 35) **Vogel, K.**, Zur Behandlung von Empyemhöhlen der Pleura. Ebenda, 1918, Nr. 45, S. 811.

Zur Heilung von Pyothorax bei zurückgelassener Empyemresthöhle für die ideale Restitutio ad integrum Ein neues Prinzip für die Behandlung von. Empyema thoracis.

Von

Dr. K. HIROSE.

[Aus der I. chir. Klinik der Kais. Universität Kyoto (Prof. Dr. R. TORIKATA)]

Eine der Bestrebungen der Chirurgen ist bekanntlich die Verödung oder Beseitigung der Empyemresthöhle bei der Behandlung von Pyothorax aller Formen. Ausgehend aus dem Gesichtspunkte, der seit 1918 von unserem

hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. R. Torikata vertreten ist und dafür spricht, dass ein Totenraum—wenn aseptisch—unbeanstandet mitten im Gewebe bzw. Thorax zurückgelassen werden darf, haben wir uns daran festgehalten bei Pyothorax die Empyemresthöhle, nachdem der Eiter durch Rippenresektion entleert worden ist so früh wie möglich vollständig aseptisch zu machen. Zu diesem Zwecke werden die Höhlen in den ersten Tagen mittels aseptischer Kochsalzlösung bzw. einer antiseptischer Flüssigkeit, wie z. B. Rivanollösung, täglich ausgespült. Im weiteren Verlaufe wird dann darnach getrachtet, die Empyemresthöhle drainierendes Röhrchen möglichst frühzeitig zu entfernen und die Fistel so lange einfach aseptisch zu decken, bis die Wunde ganz geheilt ist. Auf der anderen Seite werden die Patienten auch immunisatorisch behandelt, indem sie dem Erreger entsprechendes polyvalentes Lagerkoktoimmunogen bzw. Autokoktoimmunogen subkuten oder intravenös erhalten.

Auf die oben erwähnte Weise behandelt, konnten wir 12 Patienten von Empyema thoracis bei zurückgelassener Empyemresthöhle heilen, über die im folgenden kurz mitgeteilt werden soll.

FALL 1. Y. 22j. Mann, aufgenommen in die Klinik am 4. VII. 1920 wegen Empyema thoracis sin.

6. VII. Resektion der VIII. und XI. Rippe, Entleerung des Eiters.

30. VIII. Körpertemperatur fast normal.

10. X. Resektion der VIII., IX., X. u. XI. Rippe, Gazetampanade.

17. III. 1921. Resektion der 8. bis 12. Rippe.

5. VI. Subkutane Injektion des Koktoimmunogens von Staphylokokken begonnen.

6. IX. Resektion der VII. u. VIII. Rippe.

23. I—19. IV sowie 14. V.—3. VII. 1922 subcutane und intravenöse Injektion von Autokoktoimmunogen.

7. V. 1922. Drainrohr zum 7. Mal entfernt.

6. VI. 1922. Kein Sekret mehr aus der Fistel der Empyemresthöhle; d. h. die Fistel ist zugeschlossen und durch glatte Epithelisierung geheilt.

19. VII. Röntgenaufnahme der Brust. Die zurückgelassene, allseitig geschlossene Empyemresthöhle mit einer Pyramidenform ist nachgewiesen (vgl. Fig. 1)

14. IX. Die narbige Einziehung am früheren Fistelgang kosmetisch operiert, indem der derbe narbige Strang ca. 2.0cm in der Länge exzidiert wurde.

4. X. 4 Monate nach Heilung der Fistel. Röntgenbild weist keine Empyemresthöhle mehr auf (vgl. Fig. 2); Vollständige und vollkommene Heilung!

April 1926, der Pat. soll ganz gesund bleiben.

FALL 2. K. 49 j. Mann, aufgenommen in die Klinik am 20. XI. 1922 wegen Empyemresthöhle mit Fistel.

Der Pat. litt am Pyothorax seit März. 1921, wurde am 12. V. 1921 operiert (Rippenresektion, Eiterentleerung u. Drainage).

1. XII. Autokoktigitherapie gegen Etablierung von Staphylococcus pyogenes albus.
4. XII, 16. XII, 21. XII. u. 26. I. 1923. Das Drainröhrchen entfernt, aber ohne Erfolg.
19. II. Blutige Erweiterung der Fistel. Entleerung des Eiters.
5. III. Drainsohr entfernt, aber erfolglos.
10. III. Blutige Erweiterung der Fistel.
14. III. Drainrohr entfernt, Körpertemperatur normal.
16. III. Ganz geringfügige Sekretion, die sich kulturell als aseptisch erwies. Einige Tage danach Heilung der Fistel durch Epithelüberzug.
28. IV. Die narbige Einziehung an der früheren Fistel kosmetisch operiert.
6. V. Röntgenaufnahme. Eine allseits zugeschlossene Empyemresthöhle ist nachgewiesen (vgl. Fig. 3).
10. IV. 1927. 3 Jahre nach Heilung, immer gesund.
13. IV. 1928. Röntgenaufnahme. Die vor 4 Jahren kurz nach Heilung der Fistel festgestellte Empyemresthöhle (vgl. Fig. 3) ist nicht mehr konstatierbar (vgl. Fig. 4). Vollständige und vollkommene Heilung!

FALL 3, M., 17j. Jüngling, aufgenommen am 27. II. 1924 wegen rechtsseitigem totalen tuberkulösen Pyothorax.

9. III. Resektion der r. VII. Rippe; Entleeren des tuberkulösen Eiters in der Menge von ca. 700ccm. Energisches Abwischen und Abreiben der pyogenen Membran mittels Kochsalzgase; und zwar bis in die kleinsten Taschen der Empyemhöhle und so stark, dass die pyogene Membran hochrötlich aussieht und stellenweise blutet. Primärer Schluss der Wunde ohne Drainage.
 18. III. Ein Teil der Nahtlinie musste geöffnet und die Wunde drainiert werden.
 13. IV. Gelblichgraue dickeitrige Flüssigkeit (ca. 400ccm) von derr. Brusthöhle entleert.
 20. IV. Entfernen des Drainrohrs. Aseptische Deckung des Fistelgangs.
 24. IV. Die Fistel ist ganz zu und geheilt. Durch Probepunktion konnte kein Exsudat in der Brusthöhle nachgewiesen werden; fieberfrei.
 5. V. Röntgenbild zeigt einen ganz schmalen von der Lungenspitze bis zur V. Rippe erreichenden Hohlraum in der r. Brusthöhle (vgl. Fig. 5)
 26. V. 2. Röntgenaufnahme. Der Hohlraum (vgl. Fig. 5) hat sich etwas verkleinert und die Grenze sieht sehr undeutlich aus (vgl. Fig. 6).
- FALL 4, T., 19j. Jüngling., aufgenommen am 5. V. 1924 wegen rechtsseitigem acuten Pyothorax.

7. V. Resektion der r. VIII. Rippe. Entleerung des Eiters in der Menge von ca. 600ccm. Ausspülen der Empyemresthöhle mittels Rivanollösung und primäre Nähte der Wunde.

13. V. Die Nahtlinie teilweise geöffnet; Einführung eines Drainrohrs in die Empyemresthöhle.

25. V. Drainrohr entfernt.

28. V. Die Fistel von selbst ganz zugeschlossen.

4. VI. (1924) Durch die Röntgenaufnahme wurde ein dreieckiger Totenraum in der Brust nachgewiesen (vgl. Fig. 7).

5. III. 1928. Pat. erfreut sich voller Gesundheit. Der vor etwa 2 Jahren und 9 Monaten in der Brusthöhle nachgewiesene Totenraum (Fig. 7) ist nunmehr total verschwunden (vgl. Fig. 8), vollständige und vollkommene Heilung!

FALL 5, K., 17j. Arbeiter, aufgenommen am 2. VI. 1925 wegen linksseitigem acutem Pyothorax.

7. VII. Resektion der l. VIII. Rippe und Entleeren des Eiters in der Menge von ca. 200ccm. Unter allgemeiner Aethernarkose wurde versucht, die Lunge mittels eines Ueberdruckapparats auszudehnen, jedoch ohne Erfolg. Ventilverband für Luftverdünnung nach Perthes unter Benutzung einer Wasserstrahlpumpe im Krankensaal. Vom Eiter wurden Gram-positive Diplokokken kultiviert.

26. VI. Die Saugerei der Empyemresthöhle aufgehoben.

28. VI. Drainrohr entfernt.

1. VII. Die Fistelgang ist zugeschlossen.

2. VII. Durch Röntgenaufnahme wurde eine schmale konische Höhle konstatiert, deren untere Partie ein wagerechtes Flüssigkeitsniveau (Exsudat) aufweist (vgl. Fig. 9).

9. VII. 2. Röntgenuntersuchung zeigt, dass das Flüssigkeitsniveau in der Empyemresthöhle höher geworden ist (Zunahme des Exsudats). Durch Probepunktion konnte jedoch keine Flüssigkeit herausbefördert werden. Pat. befindet sich ganz wohl.

18. VII. Die Fistel ganz geheilt.

26. IX. 3. Röntgenaufnahme. Der Totenraum hat sich etwas verkleinert. Das Flüssigkeitsniveau ist noch sichtbar (vgl. Fig. 10)

April 1927. Keine nennenswerte Beschwerden.

März 1928. Seit Verlassen der Klinik immer gesund.

FALL 6, S., 30j. Bauer, aufgenommen am 16. März 1921 wegen akutem rechtsseitigen Pyothorax.

18. III. Resektion der r. IX. Rippe und Entleeren dicken gelblichgrauen Eiters, Einführen eines Drainrohrs in die Empyemhöhle.

15. IV.—10. V. Subcutane Injektion von Koktigen (Staphylokokken).

7. V. Drainrohr entfernt; kein Sekret mehr aus der Fistel.
8. V. Röntgenuntersuchung. Eine geschlossene Höhle von der Lungenspitze bis zu der Höhe des IV. Interkostalraumes konstatierbar. Unterhalb des IV. Interkostalraumes scheint eine Flüssigkeitsansammlung vorhanden zu sein.
15. V. Der Fistelgang ist ganz geheilt. Röntgenaufnahme. Eine geschlossene Empyemresthöhle ist in der Brust nachweisbar (vgl. Fig. 11). Durch Probepunktion konnte darin keine Flüssigkeit konstatiert werden.
10. IV. 1927. Nach der brieflichen Mitteilung soll der Patient ganz gesund sein.
6. X. 1927 (5 Jahre und 5 Monate nach der Entlassung). Durch Röntgenaufnahme wurde nachgewiesen, dass die zurückgelassene Empyemresthöhle (Fig. 11) total verschwunden ist und dass die beiden Brusthöhlen mit gesunden Lungen gefüllt, sich fast gleich aussehen, nur dass die rechte Pleura costalis etwas verdickt und die rechte Diaphragmakuppe abgeplattet ist (vgl. Fig. 12), vollständige und vollkommene Heilung.
- FALL 7, V., 21j. Bauer, aufgenommen am 2. VI. 1923 wegen linksseitigem acuten Pyothorax.
3. VI. Resektion der 8. Rippe, Entleeren des Eiters in der Menge von ca. 500ccm, Drainage.
14. VI. Drainrohr entfernt.
21. VI. Die Fistel ist geheilt.
7. VII. Fast die Hälfte der linken Brusthöhle ist von einem Totenraum eingenommen, der sich von der Lungenspitze bis zum Diaphragma erstreckt: darin hat sich keine Flüssigkeit angesammelt.
10. IV. 1927. Keine nennenswerten Beschwerden.
28. IX. 1927. Röntgenaufnahme. Die Empyemresthöhle ist nicht mehr vorhanden, die Brust sieht ganz normal aus, nur dass die 1. Diaphragmakuppe etwas abgeplattet ist (vgl. Fig. 15).
- März, 1928. Gesund.
- FALL 8, T., 40j. Frau, aufgenommen am 23. März 1922 wegen rechtsseitigem acuten totalen Pyethorax.
23. III. Resektion der 1. VIII. Rippe und Entleeren des Eiters in der Menge von ca. 600ccm, Einführen eines Drainrohrs in die Empyemhöhle.
27. III.—23. IV. Koktoimmunogenbehandlung.
17. IV. Drainrohr entfernt, kein Sekret mehr aus der Fistel.
22. IV. Die Fistel ist ganz zugeschlossen. Durch Röntgenaufnahme ist noch eine längliche, von der Lungenspitze bis zur V. Rippe erreichende Empyemresthöhle in der rechten Brusthöhle nachweisbar. In der unteren Partie der Höhle scheint noch eine Flüssigkeitsansammlung vorhanden zu sein (vgl. Fig. 14).

FALL 9, S., 12j. Knabe, aufgenommen am 30. April 1923 wegen linksseitigem acuten Pyothorax.

1. V. Resektion der linken VIII. Rippe und Entleeren gelblichgrauen Eiters in der Menge von ca. 600ccm., Drainage der Empyemhöhle.
4. V.—23. VII. Koktoimmunogenbehandlung.
17. VI. Entfernen des Drainrohrs. Die Fistel ist in einigen Tagen geheilt.
23. VI. Durch Röntgenaufnahme ist eine kleinhühnereigrosse zugeschlossene Empyemresthöhle nachweisbar (vgl. Fig. 15).

FALL 10, O., 47j. Mann, aufgenommen am 7. XI. 1923 wegen linksseitigem acuten Pyothorax im Anschluss an subphrenischem Abscess, der operativ eröffnet worden war.

30. XII. Entleeren des Eiters durch Thorakotomie mit Rippenresektion.
15. I. (1924) Drainrohr entfernt.
14. V. Fistel total geheilt.
27. IV. 1927. Das Röntgenbild zeigt die Existenz einer hühnereigrossen allseits geschlossenen Empyemresthöhle in der Brust (vgl. Fig. 16). Der Patient bleibt ganz gesund.

FALL 11, S., 3j. Mädchen, aufgenommen am 24. VI. 1927 wegen rechtsseitigem acuten Pyothorax.

25. VI. Thorakotomie im VIII. Interkostalraum; gelblichgrauer Eiter entleert; Drainage.
 3. VII. Drainrohr entfernt.
 6. VII. Die Fistel ist vollständig geheilt.
 12. VII. Röntgenaufnahme. Eine allseits geschlossene taubeneigrosse Empyemresthöhle ist nachweisbar (vgl. Fig. 17).
- März 1928. Nach schriftlicher Mitteilung soll das Mädchen ganz gesund sein.

FALL 12, K., 37j. Tagelöhner, aufgenommen am 29. IX. 1928 wegen Recidiv von Pyothorax. Der Patient war am 3. V. 1928 operiert worden und nach 2 Monaten geheilt. Vor 2 Wochen hat sich die geheilt gewesene Fistel spontan durchgebrochen; blutig eitrig Sekretion. Die Empyemresthöhle mit Fistel wurde ohne jede Drainage ganz aseptisch behandelt und am 4. X. 1928 wurde die Fistel wieder vollständig geheilt.

6. X. Röntgenaufnahme. Eine etwa 7cm lange und 2cm breite spindelförmige zugeschlossene Höhle ist in der Brust sichtbar (vgl. Fig. 18).
23. X. Vom VIII. Interkostalraum wurde eine Hohlneedle in die Empyemresthöhle, die ja allseits geschlossen ist, eingestochen und ca. 77ccm der Luft entleert, indem der Pat. auf Befehl forcierte expiratorische Bewegung machte. Danach wurden ca. 100ccm aseptischer physiologischer Kochsalzlösung durch die Hohlneedle in die Empyemresthöhle hineingespritzt. Sofortige Röntgenaufnahme. In der unteren Partie der Höhle wurde ein wagerechtes Wasserniveau (eingespritzte NaCl-Lösung) nachgewiesen (vgl. Fig. 19).

26. X. 2. Röntgenaufnahme. Die in die Empyemresthöhle hineingespritzte physiologische Kochsalzlösung ist spurlos resorbiert (vgl. Fig. 20).

1. XI. Punktion der Empyemresthöhle in der Höhe des VIII. Interkostalraums. Durch Drängen des Patient wurden ca. 1500ccm Luft entleert und gleich danach ca. 1800ccm NaCl-Lösung hineingespritzt und dann davon ca. 1000ccm wieder herauspunktiert. In dieser Kochsalzlösung wurde eine minimale Spur frischer Hämoglobinfarbe und Blutzellen nachgewiesen, die ohne Zweifel beim Einstechen des Hohlnadels in die Empyemresthöhle durch die Brustwand hindurch verursacht worden sind. Ausser der Spur frischen Blutes konnten wir im Spülwasser keine abnormen Bestandteile, wie z. B. Eitererreger und Eiterzellen nachweisen.

Aus den obigen klinischen Beobachtungen dürfte folgendes hervorgehen.

1) Die Beseitigung der Empyemresthöhle ist nicht die unbedingte Bedingung für Heilung von Pyothorax, d. h. Empyema thoracis aller Formen kann trotz Zurücklassung der Empyemresthöhle ganz glatt geheilt werden.

2) Dies wird meist dadurch erzielt, dass einerseits die Drainage so früh wie möglich entfernt und andererseits die Empyemhöhle vor allem immunisatorisch aseptisch gemacht wird, damit die pyogene Membran der Empyemresthöhle in loco unberührt bleibt.

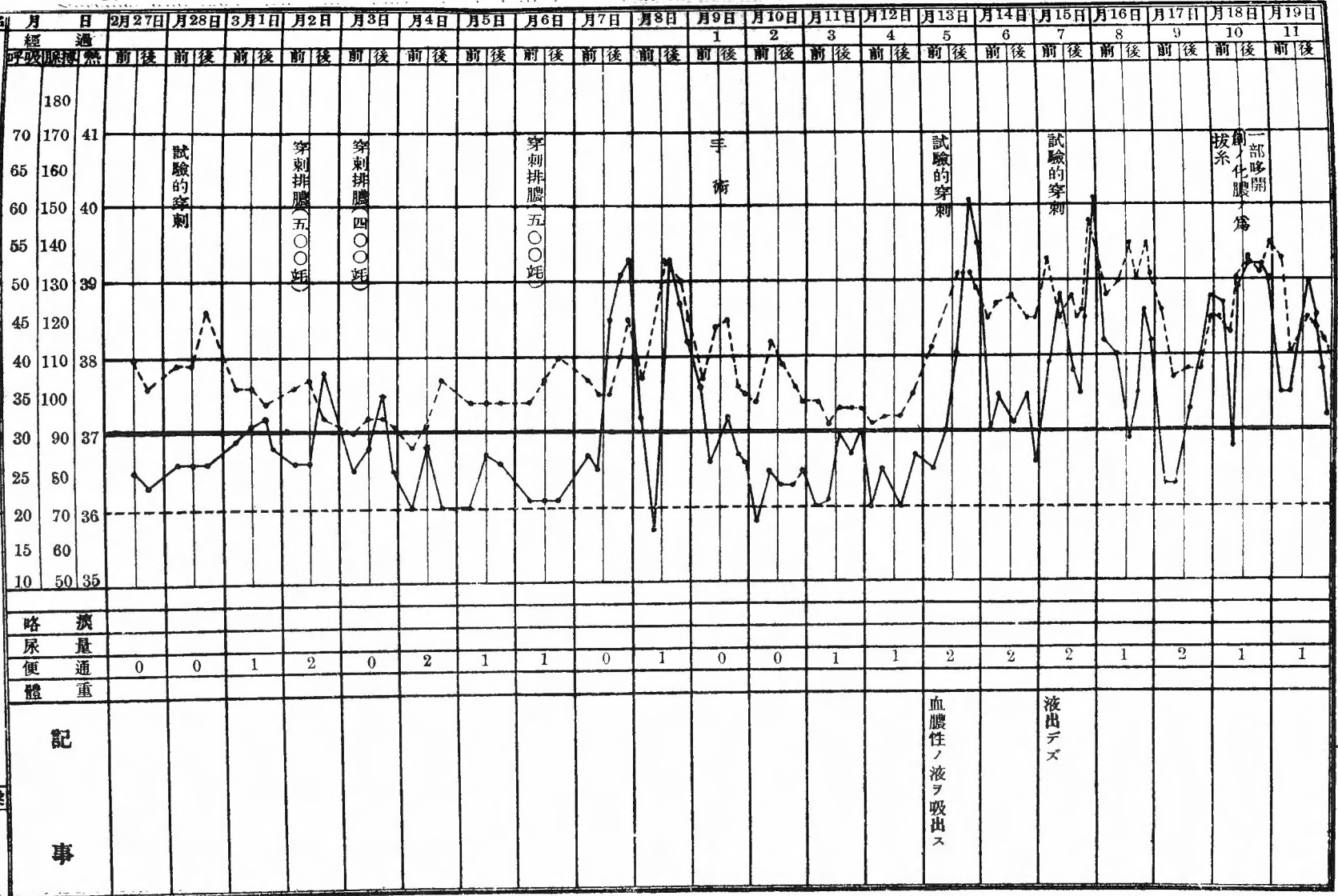
3) Die bei zurückgelassener Empyemresthöhle geheilten Patienten blieben im weiteren Verlaufe meistens ohne Recidiv ganz gesund und arbeitsfähig.

4) Die allseits geschlossenen geheilte Empyemresthöhle scheint eine glatte—und nicht aus Granulation bestehende—Wandung zu haben. Sie besitzen keinen besonderen Inhalt als Luft (vgl. Fall 12). Bei einigen frischen kurz nach Zuheilung der Fistel untersuchten Fällen (vgl. Fall 5, 6, 8) konnte ein Flüssigkeitsniveau (des Exsudats) nachgewiesen werden. Solche Fälle haben niemals ein Recidiv oder die Wiedereröffnen der Fistel veranlasst, sondern heilten dauernd glatt aus.

5) Die allseitig zugeheilten, in der Brusthöhle zurückgelassenen Empyemresthöhlen verschwanden im weiteren Verlaufe früh oder spät ganz spurlos (vgl. Fall 1, 2, 3, 4, 6, 7).

6) Gegenüber der Schedeschen bzw. Délormeschen Operation zur Heilung der Empyeme dürfte das oben erwähnte Prinzip für Behandlung der Pyothoraxe zwar nicht immer, doch in manchen Fällen die wahre Restitutio ad

南 某 殿 年 齡 十七 歲 病 名 結 核 性 胸 炎 (右) 職 業 商店 員



第 2 號

大正十四年 月 日

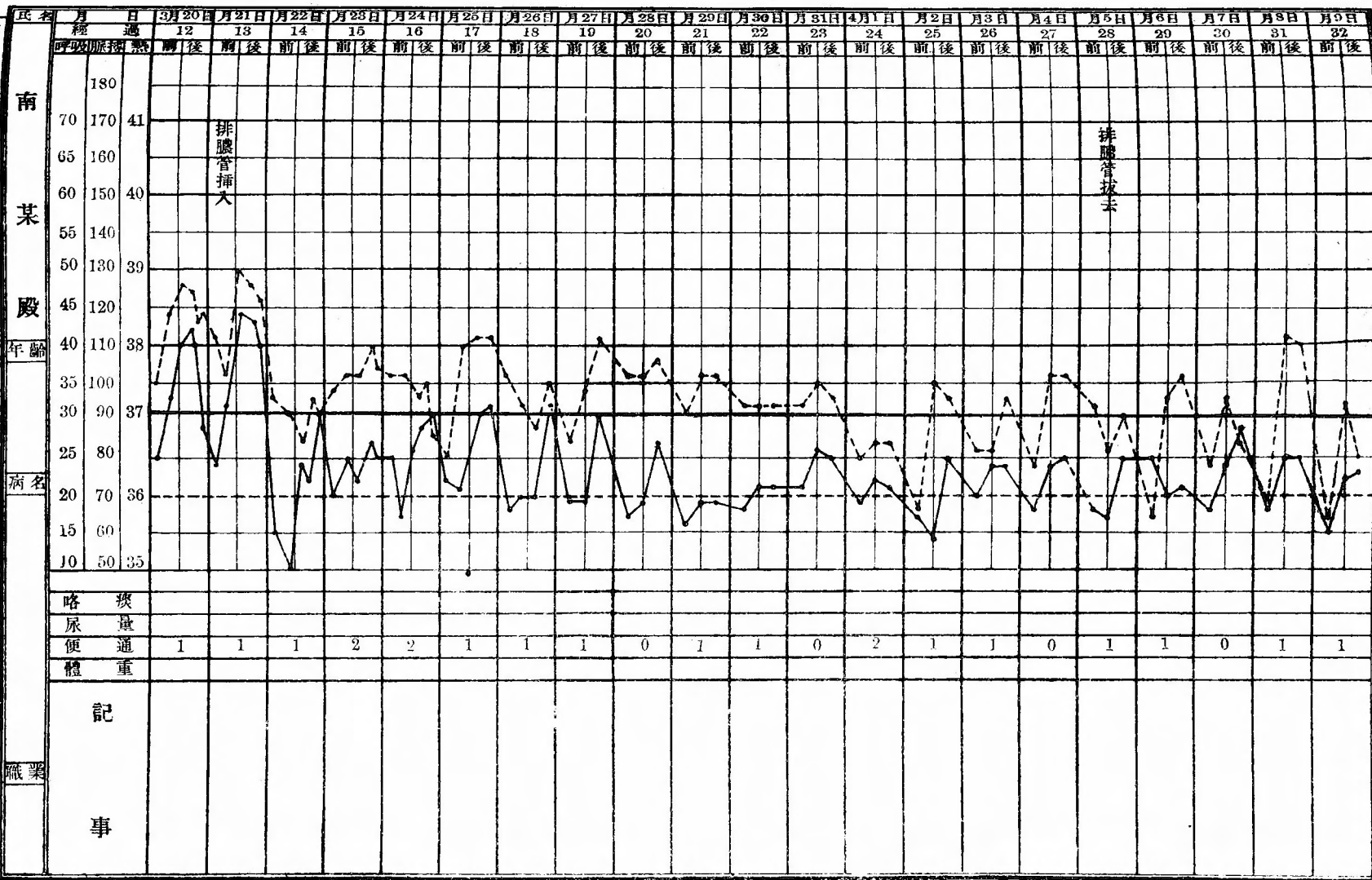
南 某 殿

年齡

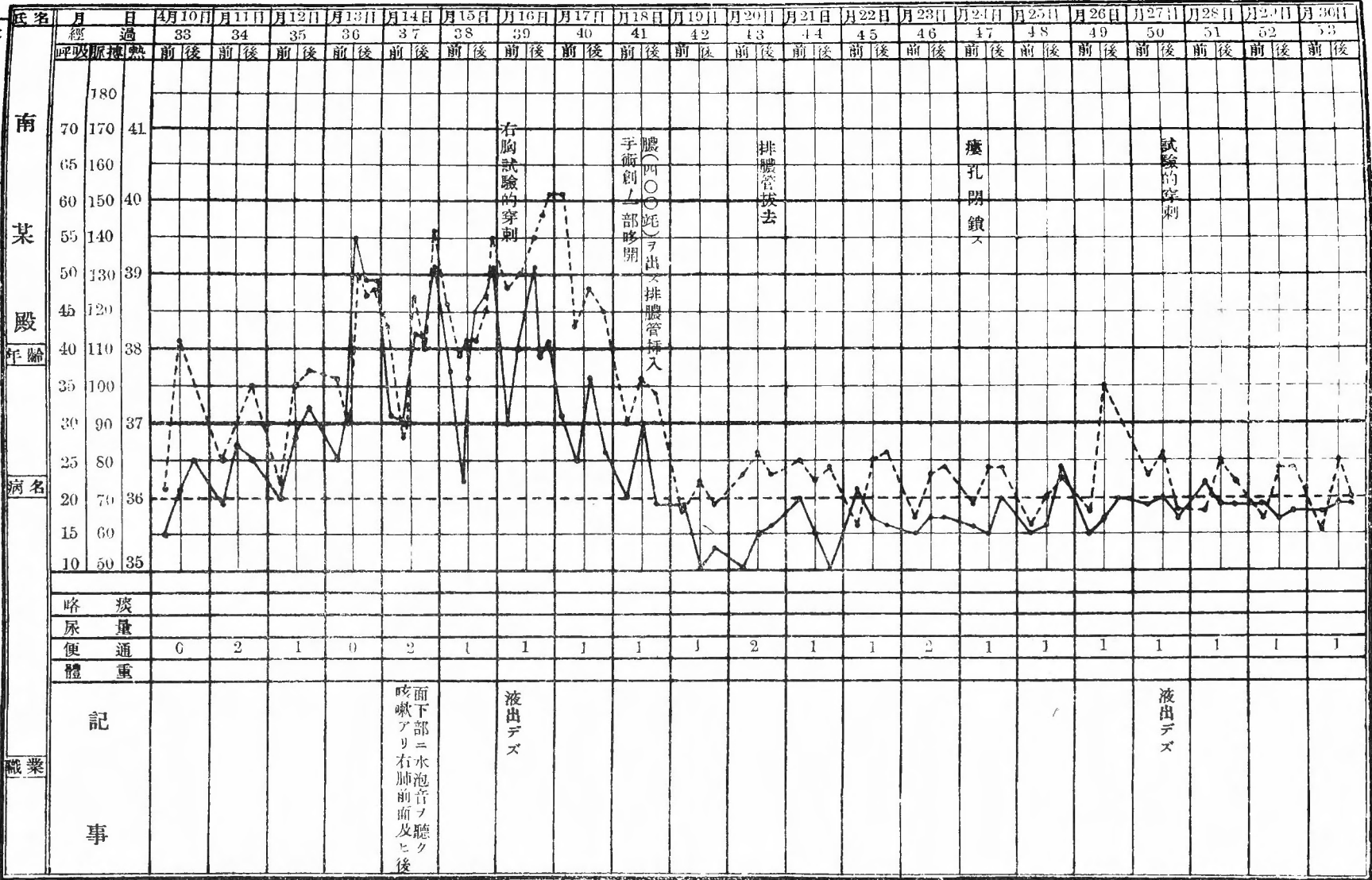
病名

職業

記 事



第 3 號 大正十四年 月 日



記 事
 面下部ニ水泡音ヲ聴ク
 咳嗽アリ右肺前面及ヒ後
 液出デズ
 液出デズ

職業

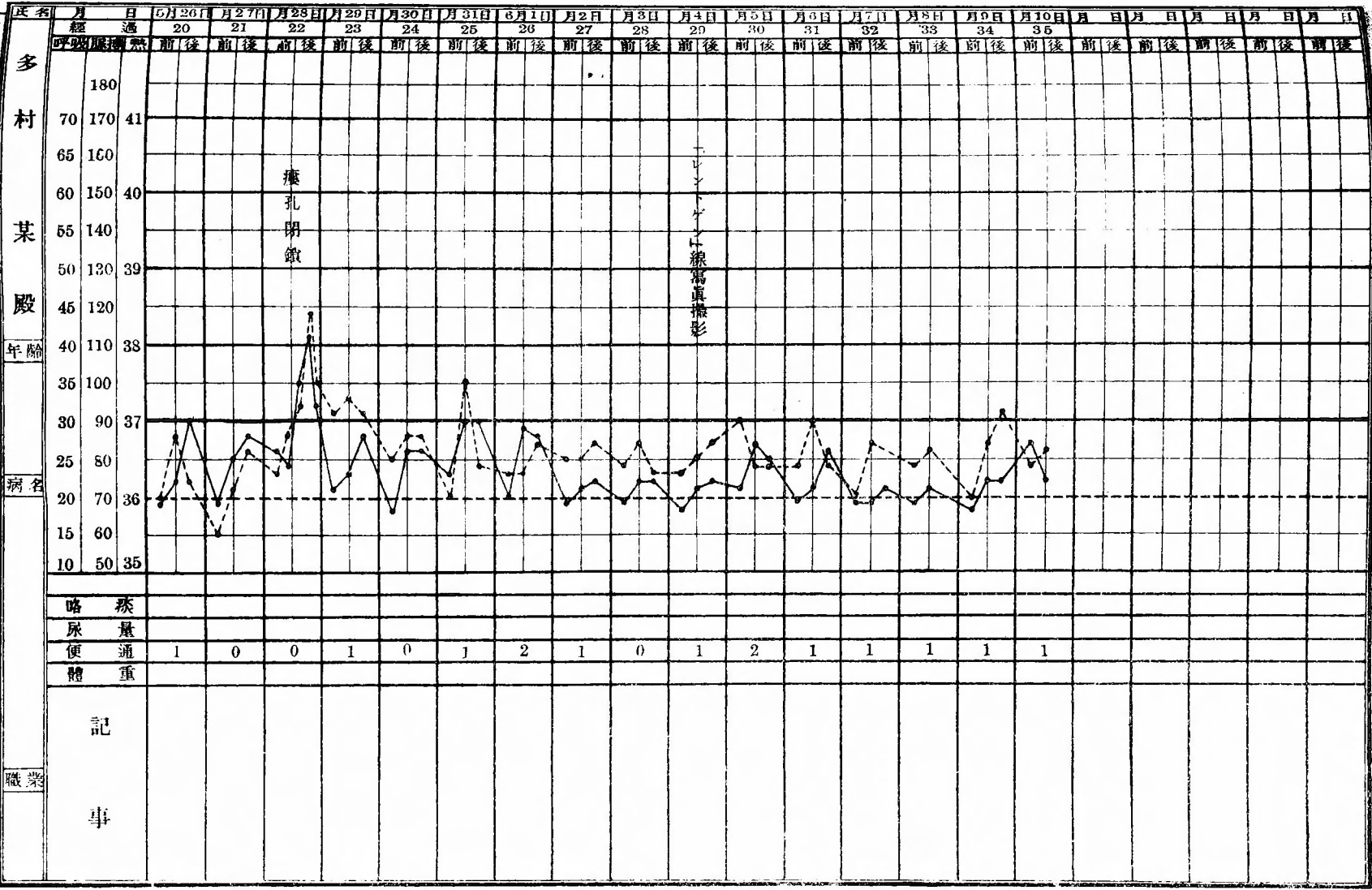
第 4 號
大正十四年 月 日

氏名	月	日	5月1日	月2日	月3日	月4日	月5日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
南 某 殿	経	過	64	65	66	67	68																				
	呼吸	脈搏	熱	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後	前後
	180																										
	70	170	41																								
	65	160																									
	60	150	40																								
	55	140																									
	50	130	39																								
	45	120																									
	40	110	38																								
病 名	35	100																									
	30	90	37																								
	25	80																									
	20	70	36																								
	15	60																									
	10	50	35																								
	略	痰																									
	尿	量																									
	便	通	1	1	1	1	1																				
	體	重																									
記 事																											

「レントゲン」線寫眞撮影

第 2 號

大正十四年 月 日

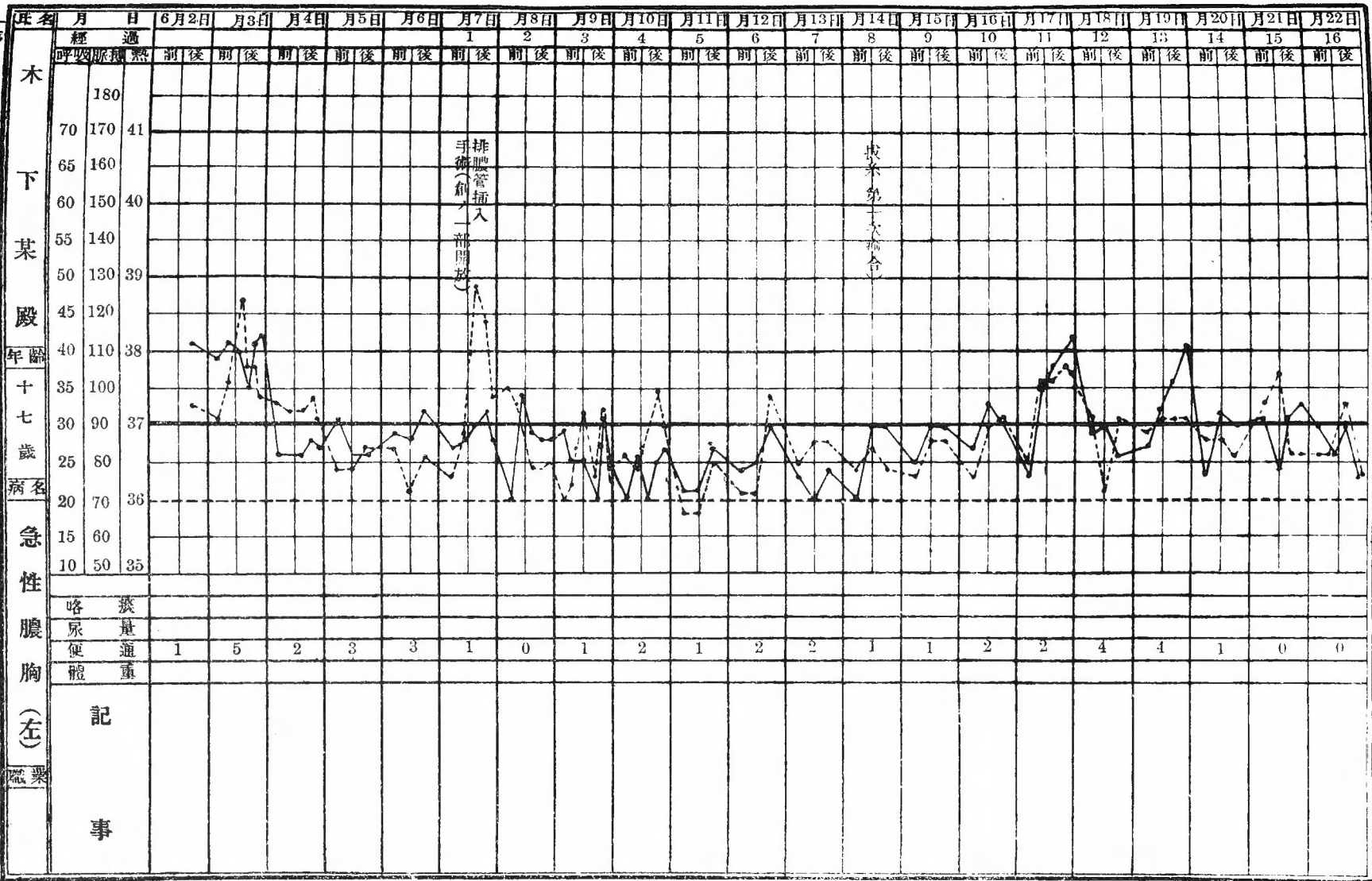


瘰癧閉鎖

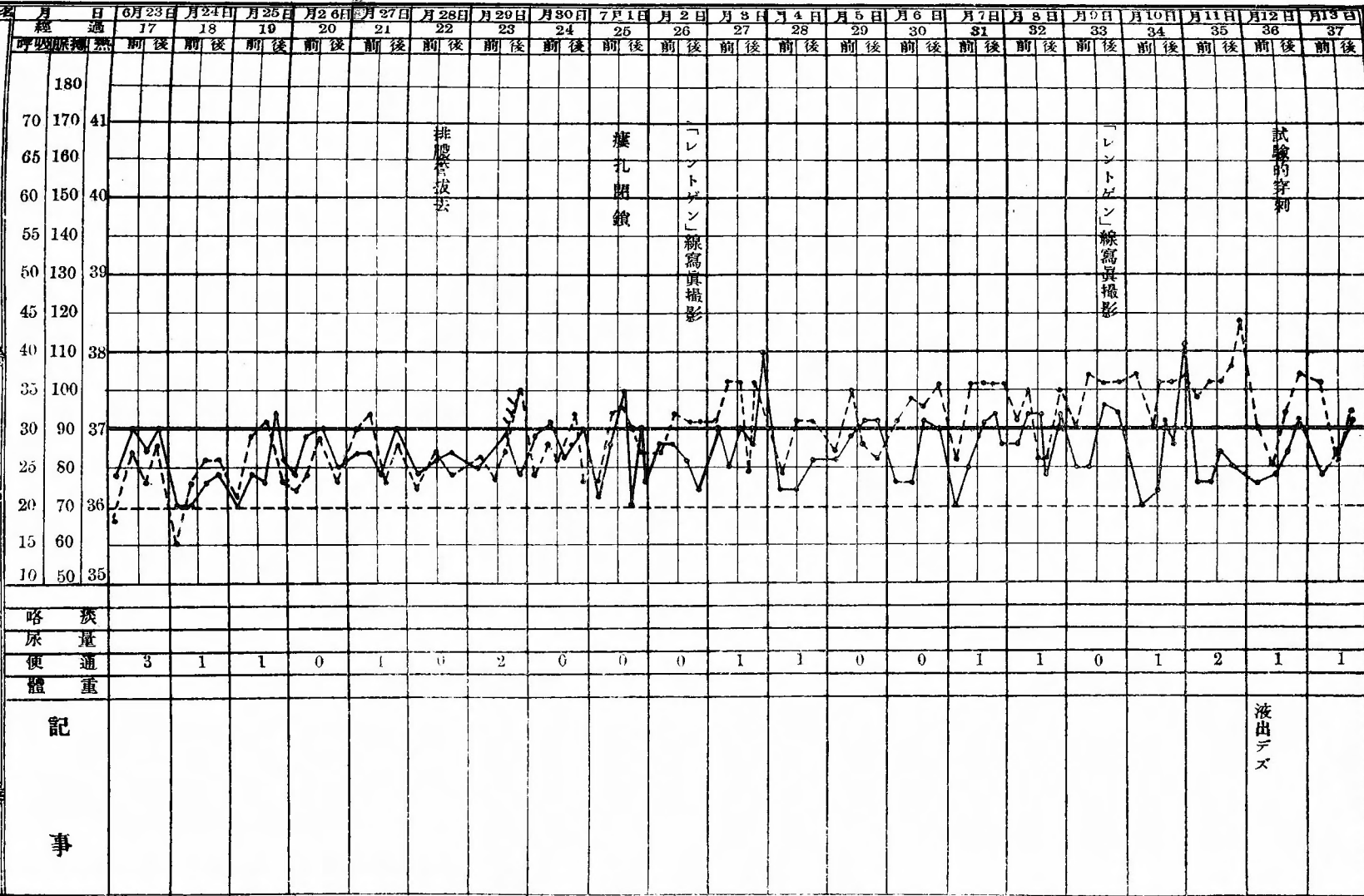
レントゲン線寫真撮影

職業

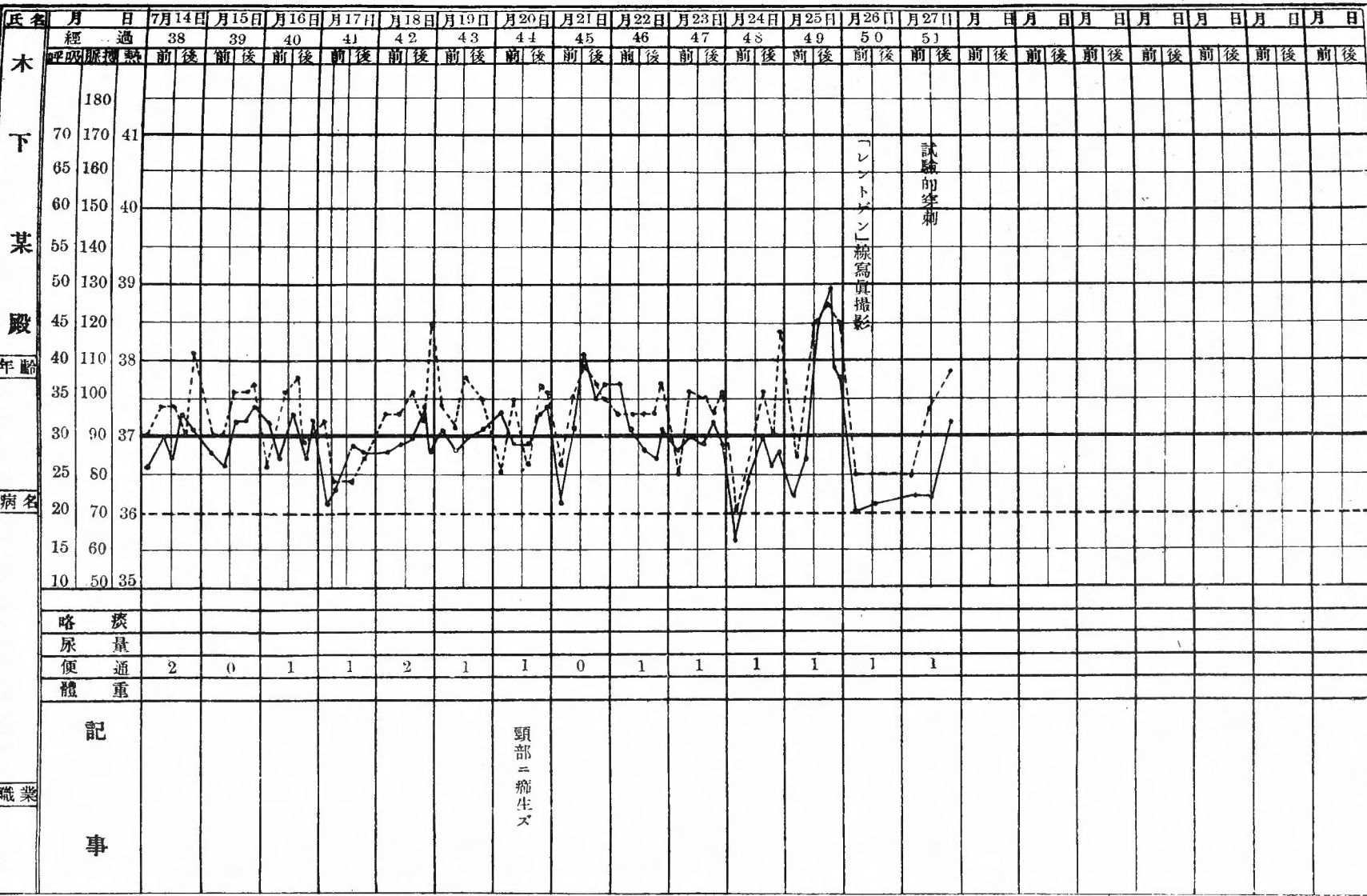
第 1 號 大正十五年六月二日 線熱 線脈



記
事



第 3 號 本年十一月五日



職 業

←

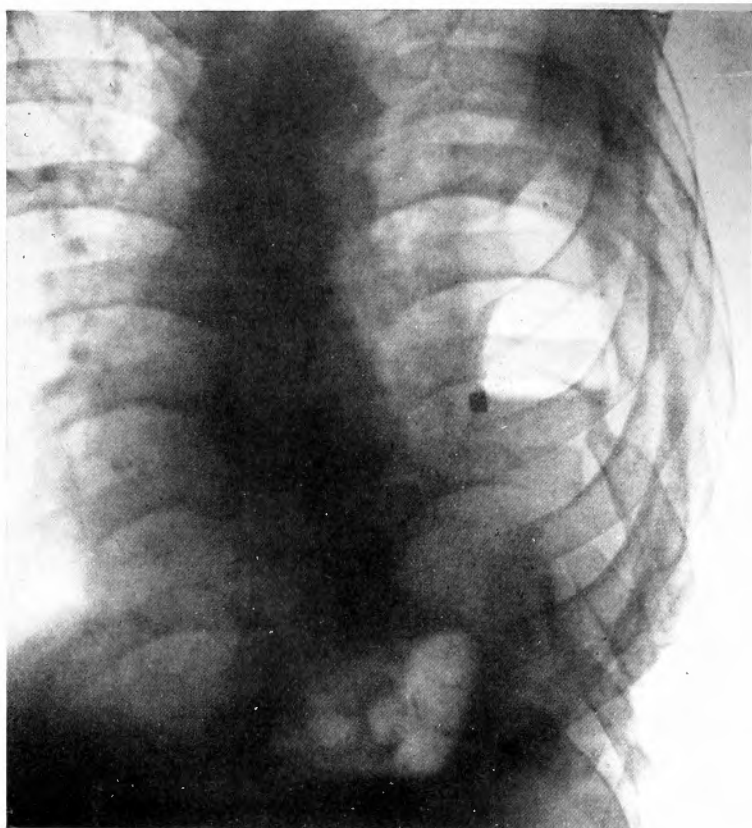
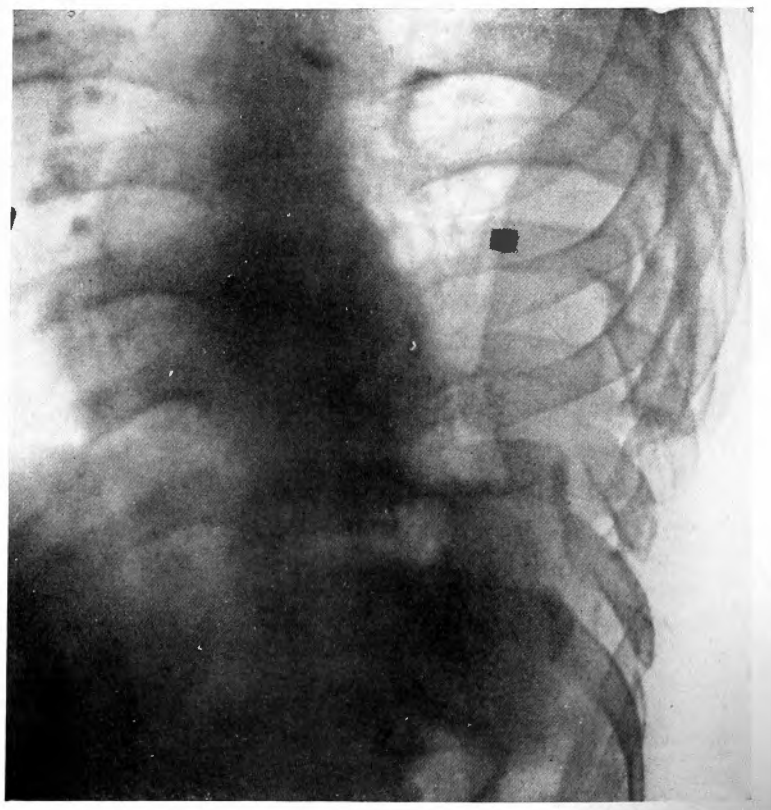


Fig. 2



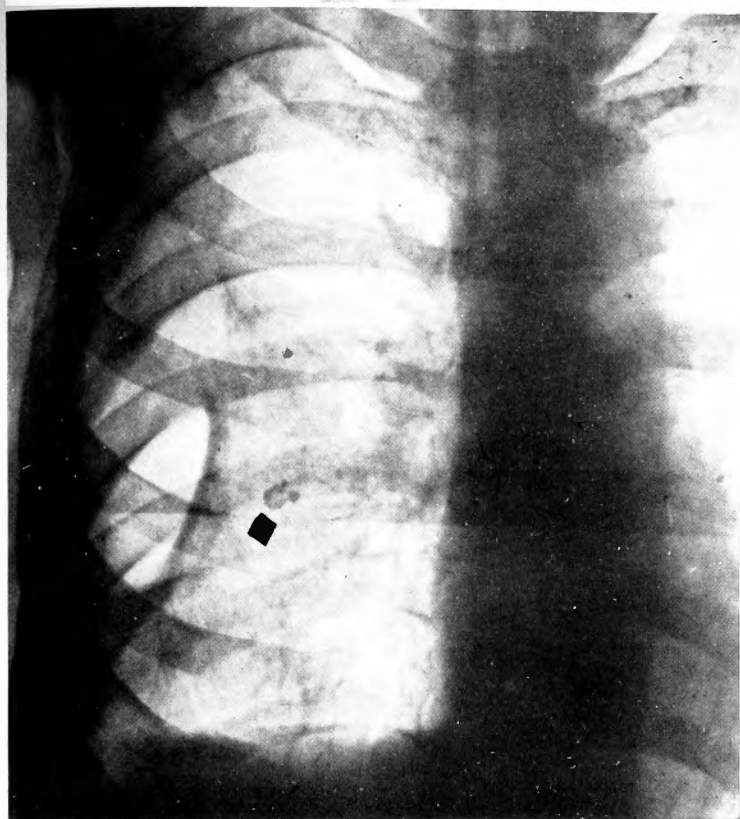
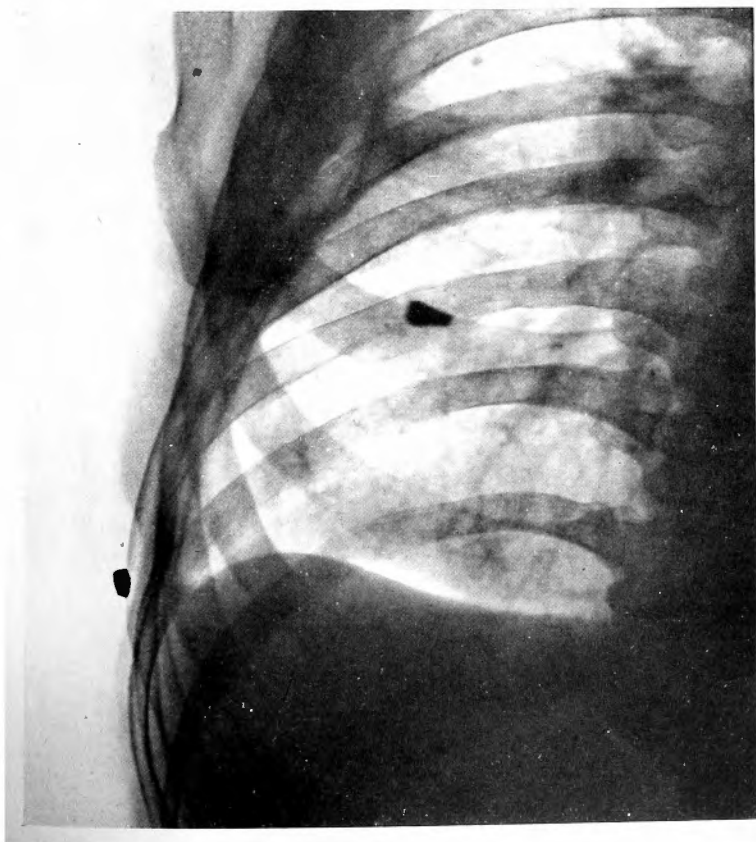


Fig 4.



→

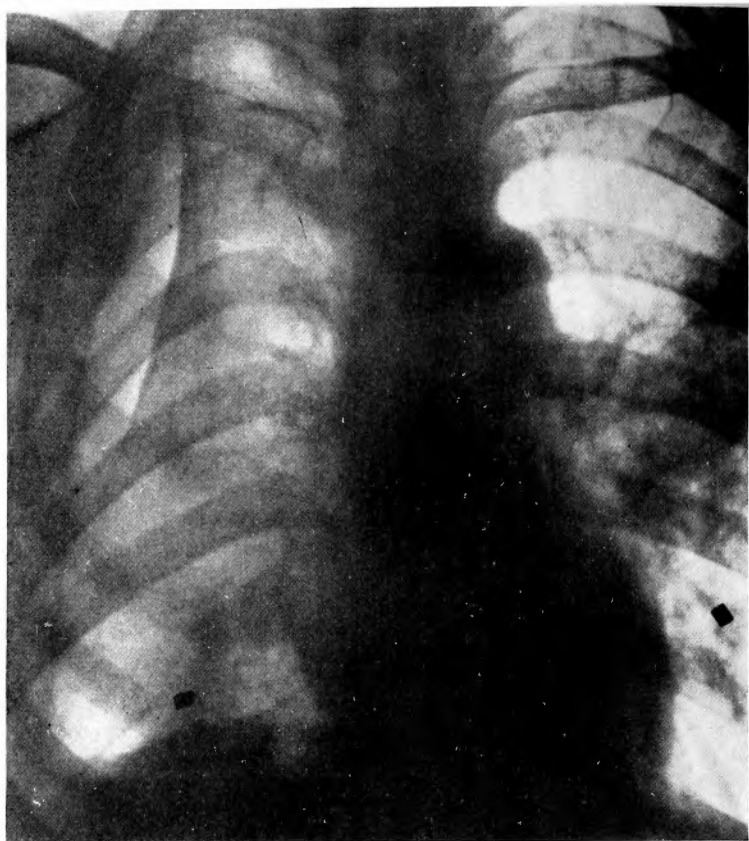
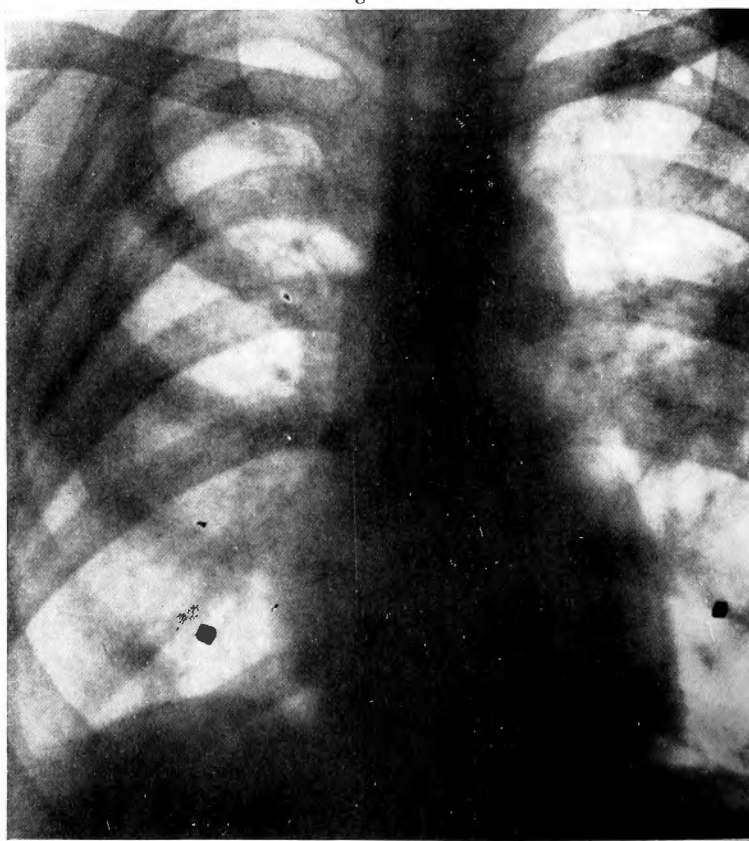


Fig. 6.



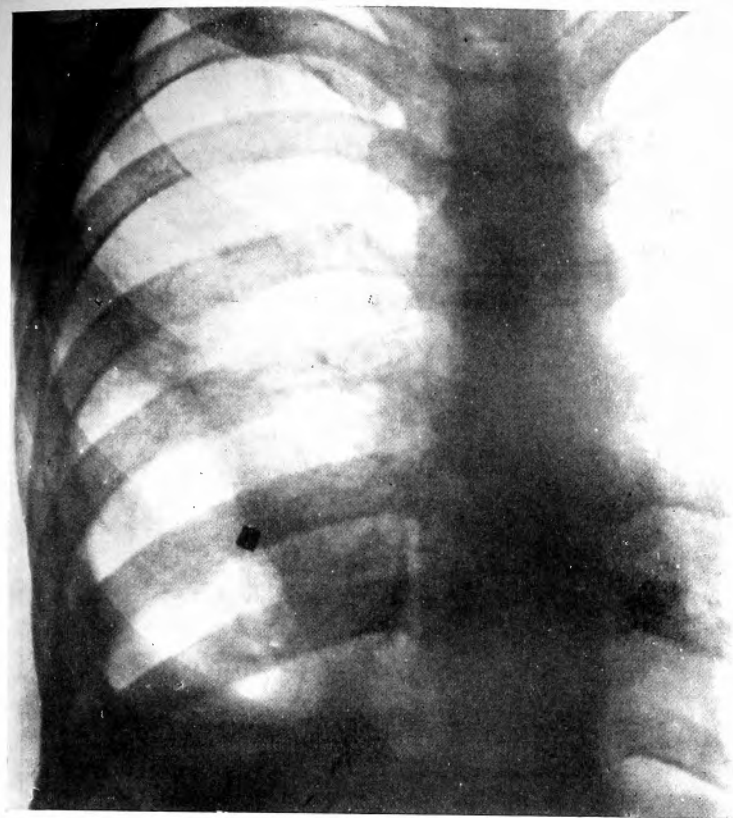
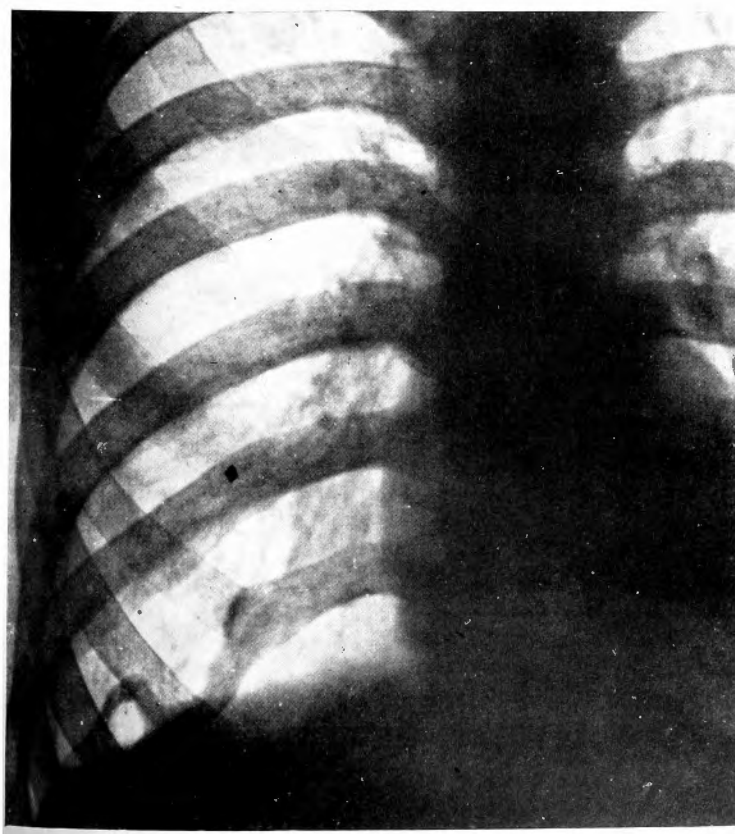


Fig. 8.



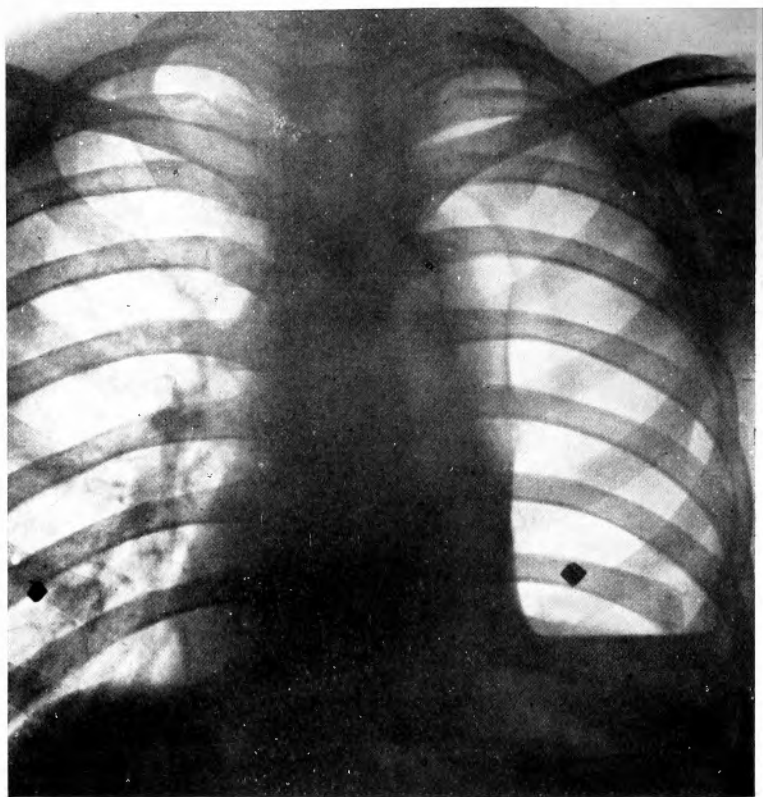
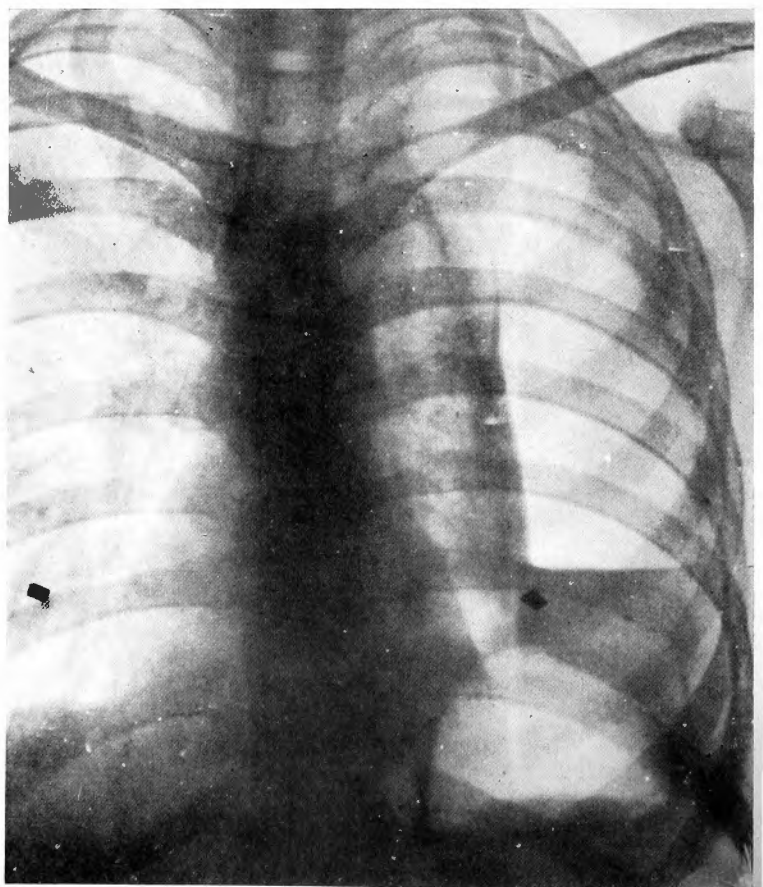


Fig. 10.



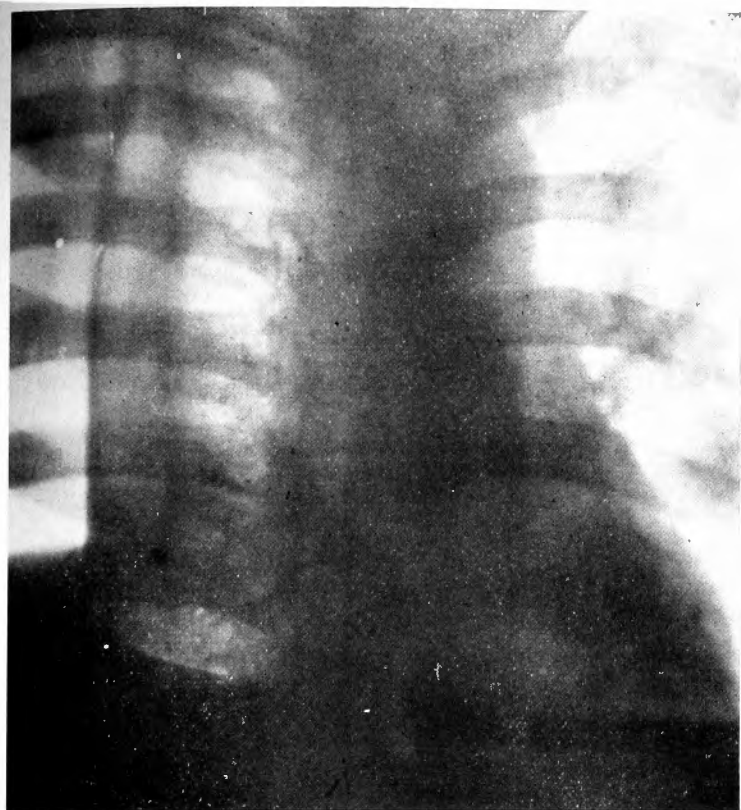


Fig. 12.

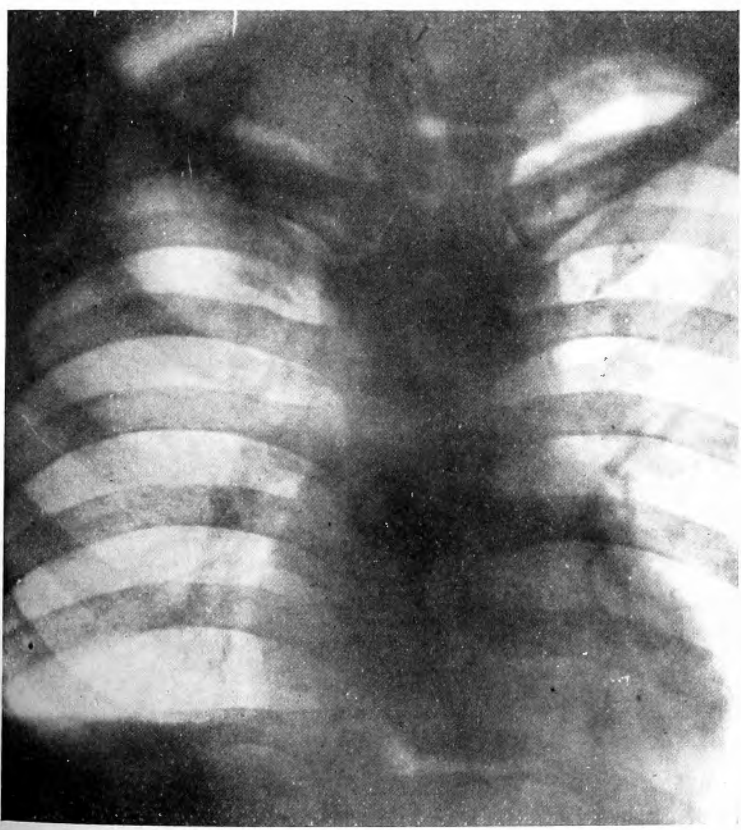


Fig. 13.

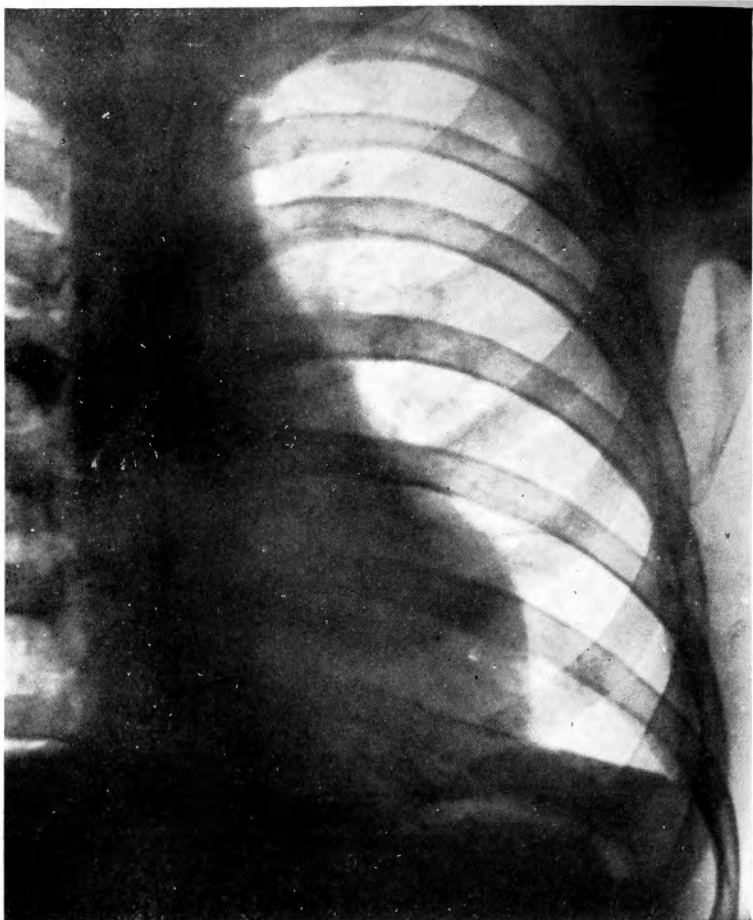
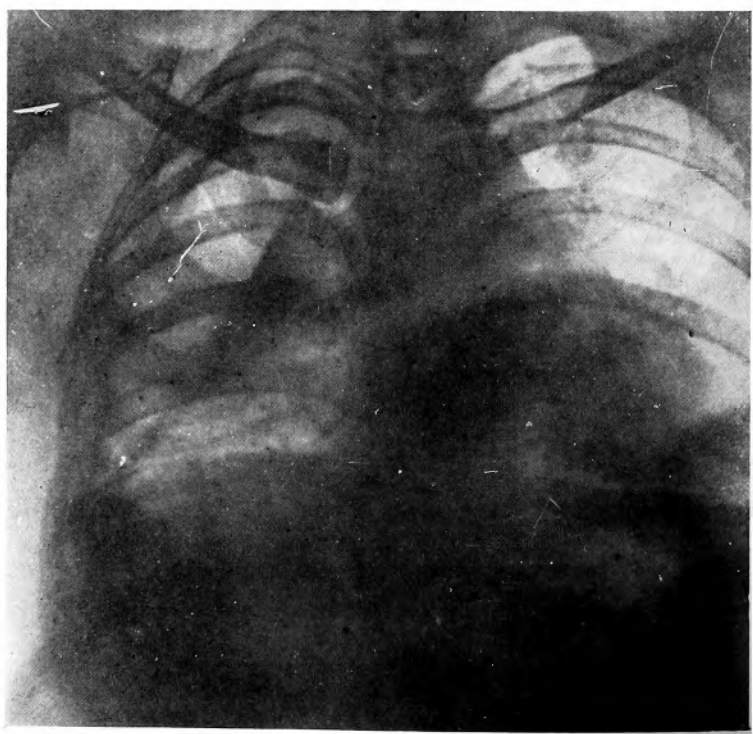


Fig. 14.



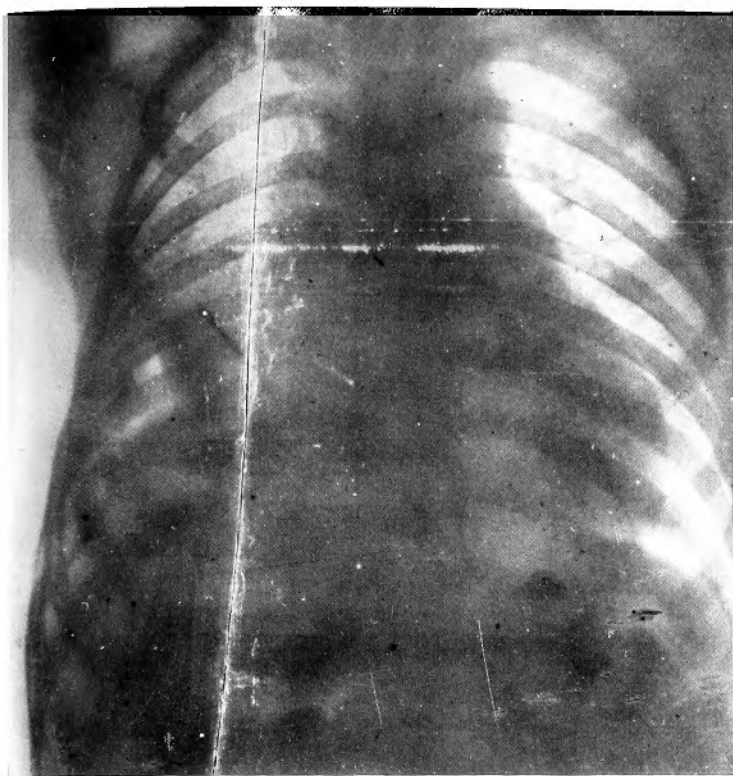


Fig. 16.

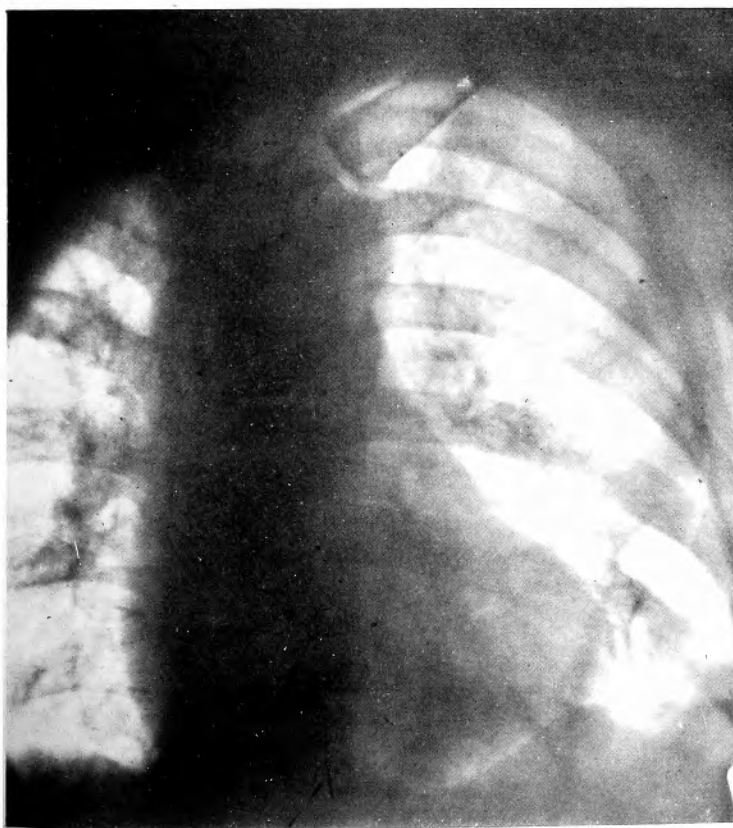


Fig. 17.

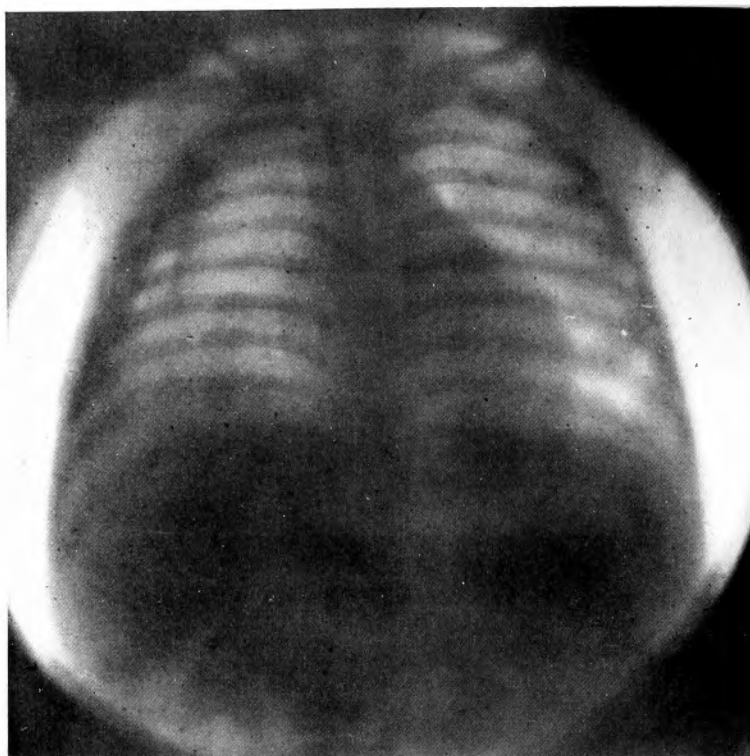
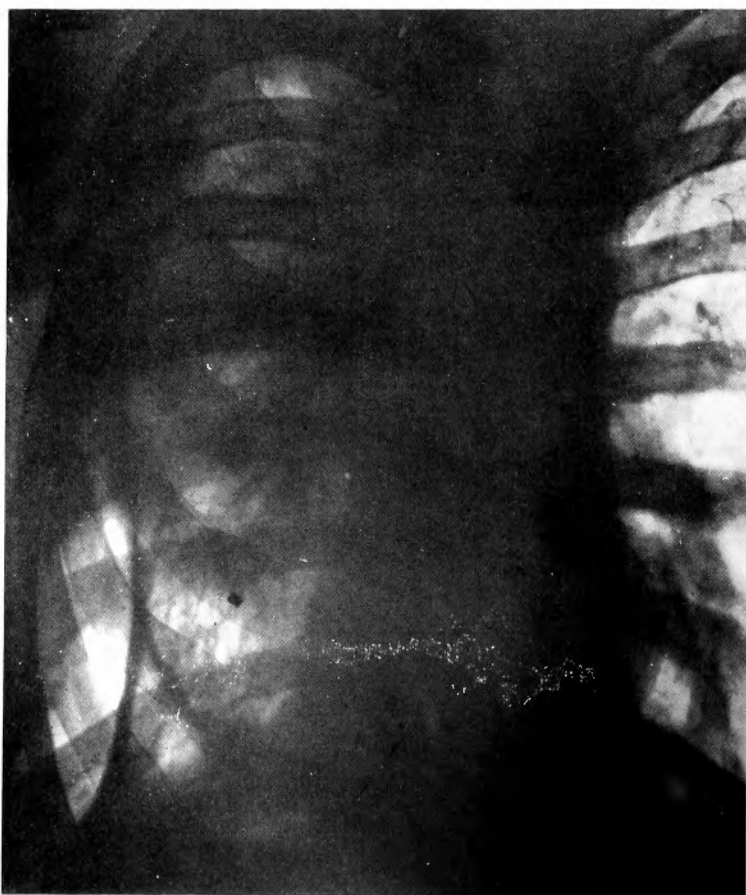


Fig. 18.



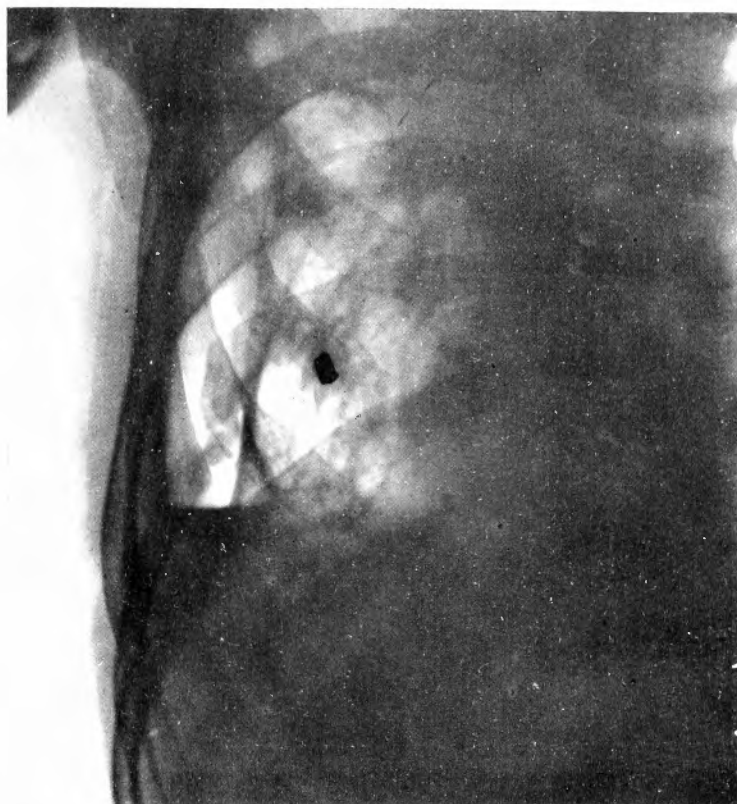
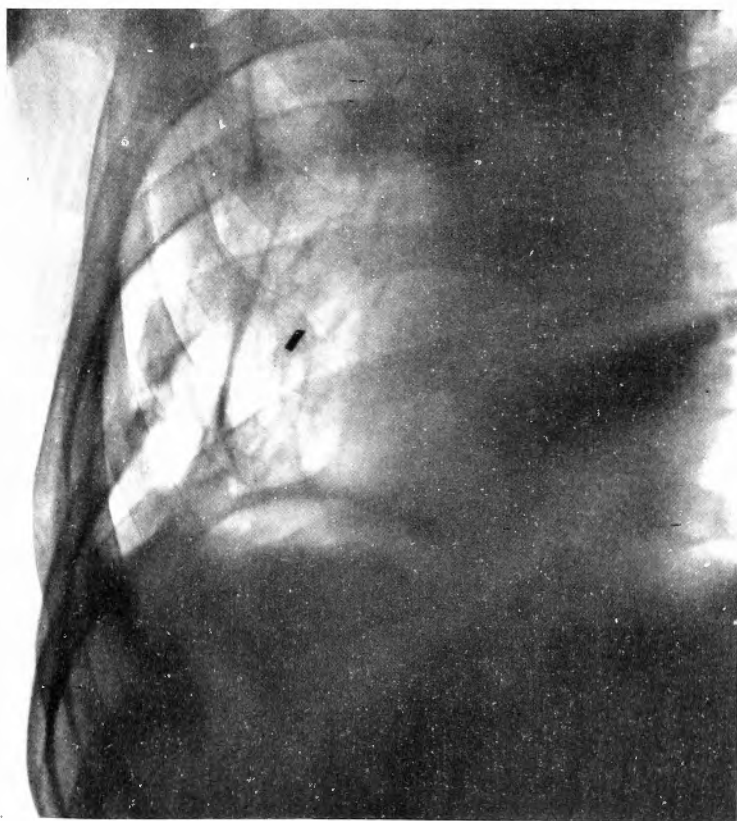


Fig. 20.



integrum erzielen können.

7) Bemerkenswert ist es, dass wir vom sogenannten Ventilverband für Luftverdünnung in der Empyemresthöhle nach Perthes usw., ausgenommen vom Fall 5, gar keinen Gebrauch machten, um die Heilung der Pyothorax auf unsere Weise herbeizuführen (Autoreferat).

附圖 A 說明

第一表 第三例南某、體溫表

第二表 第四例多村某、體溫表

附圖 B 說明

第一圖 第一例山本某、瘻孔閉鎖後四十三日目。(大正十二年七月十九日撮影)

第二圖 第一例山本某、瘻孔閉鎖後四ヶ月。(大正十二年十月四日撮影)

第三圖 第二例神鳥某、瘻孔閉鎖後一ヶ月半。(大正十三年五月六日撮影)

第四圖 第二例神鳥某、瘻孔閉鎖後四ヶ月。(昭和三年四月十三日撮影)

第五圖 第三例南某、瘻孔閉鎖後十一日目。(大正十四年五月五日撮影)

第六圖 第三例南某、瘻孔閉鎖後三十二日目。(大正十四年五月廿六日撮影)

第七圖 第四例多村某、瘻孔閉鎖後十一日目。(大正十四年六月五日撮影)

第八圖 第四例多村某、瘻孔閉鎖後二年九ヶ月。(昭和三年三月五日撮影)

第九圖 第五例木下某、瘻孔閉鎖後一日目。(大正十五年七月二日撮影)

第十圖 第五例木下某、瘻孔閉鎖後二十六日目。(大正十五年七月廿六日撮影)

第十一圖 第六例下中某、瘻孔閉鎖後七日目。(大正十一年五月十五日撮影)

第三表 第五例木下某、體溫表

第十二圖 第六例下中某、瘻孔閉鎖後五年五ヶ月。(昭和二年十月六日撮影)

第十三圖 第七例山下某、瘻孔閉鎖後三年三ヶ月。(昭和二年九月廿八日撮影)

第十四圖 第八例竹嶋某、瘻孔閉鎖後四日目。(大正十二年四月廿四日撮影)

第十五圖 第九例佐々木某、瘻孔閉鎖後三日目。(大正十三年六月廿三日撮影)

第十六圖 第十例岡本某、瘻孔閉鎖後二年二ヶ月。(昭和二年四月廿七日撮影)

第十七圖 第十一例笹岡某、瘻孔閉鎖後六日目。(昭和二年七月十二日撮影)

第十八圖 第十二例神田某、瘻孔閉鎖後三日目。(昭和三年十月六日撮影)

第十九圖 第十二例神田某、食鹽水一〇・〇鈎注入直後。(昭和三年十月廿三日撮影)

第二十圖 第十二例神田某、食鹽水注入後三田目。(昭和三年十月廿六日撮影)